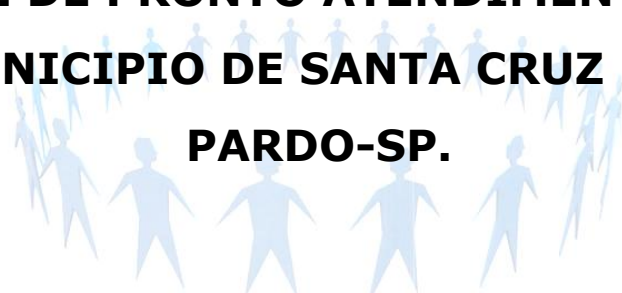


**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA A
SELEÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL PARA
GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DE SERVIÇOS
COMPLEMENTARES DE SAÚDE NO PROGRAMA:
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA,
DO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO RIO
PARDO-SP.**



ÍNDICE

DESCRIÇÃO	PÁGINA
O MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO	3
APRESENTAÇÃO DA ENTIDADE	8
FILOSOFIA DE GESTÃO DA ABEDESC	12
APRESENTAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO	14
A) DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO PROGRAMA	14
INTRODUÇÃO	14
PRESSUPOSTOS E DEFINIÇÕES	15
ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS	15
PRINCIPAIS ENFRENTAMENTOS E DIFICULDADES	16
I - DIRETRIZES BÁSICAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA UPA (24 HORAS) - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	17
II - ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS E ATIVIDADE	17
- PROPOSTA PARA MONITORAMENTO DE INDICADORES DE DESEMPENHO DA QUALIDADE E DA PRODUTIVIDADE, DENTRE OUTROS	21
B) ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL E OPERACIONAL PROPOSTAS	25
- PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL / ASSISTENCIAL	25
- APRESENTAÇÃO DO ORGANOGRAMA PROPOSTO PARA A UPA	29
- PROPOSTA DE METAS E INDICADORES PARA ACOMPANHAMENTO E VERIFICAÇÃO DA EFICÁCIA / EFICIÊNCIA DA UNIDADE	30
C) ESPECIFICAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS:	35
D) ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE APOIO RELEVANTES PARA A EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES	36
- PROPOSTA PARA ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS	36
- PROPOSTA PARA ORGANIZAÇÃO DE FLUXO E ROTINAS	38
- PROPOSTA PARA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM	42
- PROPOSTA PARA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA	48
- PROPOSTA PARA ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE APOIO	57
- PROPOSTA PARA O SERVIÇO DE MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS	101
E) DESCRIÇÃO DETALHADA DAS CARACTERÍSTICAS E ESTRATÉGICAS DE IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES VOLTADAS À QUALIDADE	116
A) IMPLANTAÇÃO DAS COMISSÕES TÉCNICAS INTERNAS	117
D) PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	157
C - PROPOSTA PARA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS	159
D - ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DO ATENDIMENTO HUMANIZADO	174
E - IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS	182
ANEXOS (PROTOSCOLOS)	201

O MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO**- Histórico e Localização Do Município**

Santa Cruz do Rio Pardo, fundada em 20 de janeiro de 1.870, na confluência do Rio Pardo com o Ribeirão São Domingos por homens vindos das Minas Gerais. Entre eles Manoel Francisco Soares e Joaquim Manoel de Andrade, que juntamente com seus familiares e outros criadores aqui se instalaram, vindos de Itapetininga e Botucatu, em busca de melhores terras para pastagens do gado.

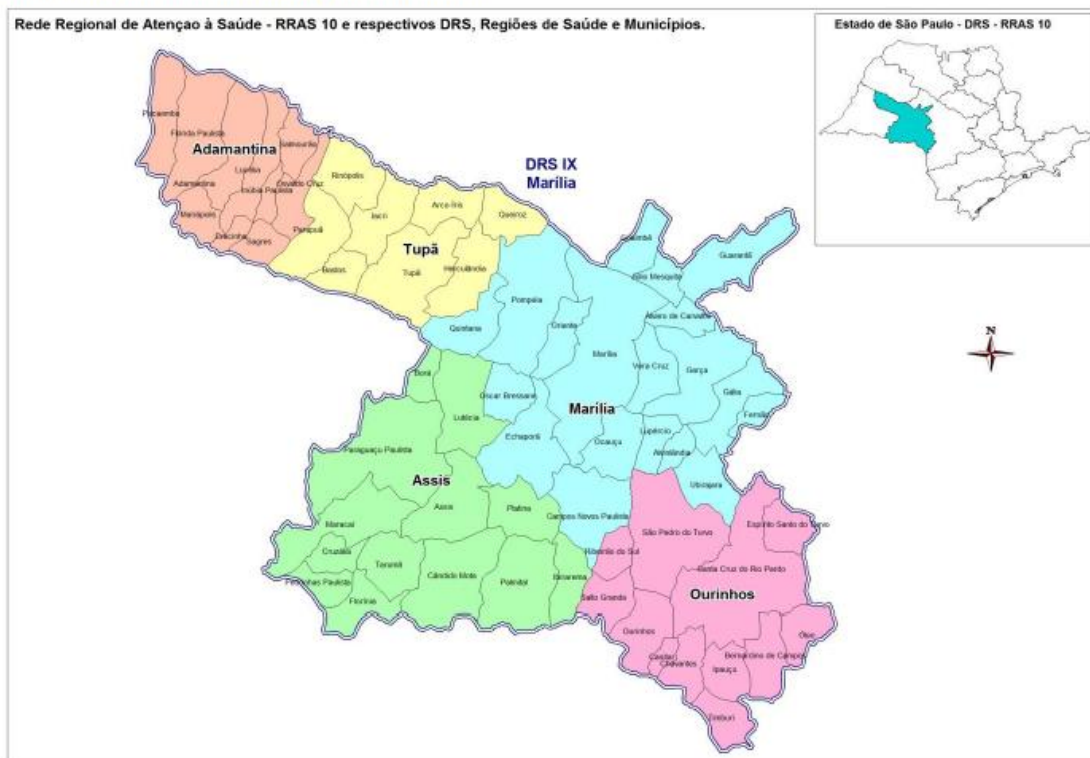
Até 1876, a freguesia de Santa Cruz do Rio Pardo pertencia ao município de Lençóis, hoje Lençóis Paulista. Em razão do crescente povoado, tornou-se Vila, pela Lei nº. 51 (Leis da Província de São Paulo). Finalmente, em 7 de março de 1896 ganhou foros de cidade.

Tornou-se comarca por Decreto do Governo Imperial em 3 de janeiro de 1889. A instalação da Comarca, no entanto, só se verificou em 1º de março de 1890. O 1º Juiz de Direito da Comarca foi o Dr. José Augusto da Costa.

Entre 1890 e 1895 se instalou na cidade a Estrada de Ferro Sorocabana, sendo sua principal artéria de vitalidade econômica, vindo a tornar-se grande exportadora de café nos primeiros anos do século XX. A primeira igreja matriz foi edificada no mesmo lugar da capela, tendo sido reedificada em 1907 por uma Comissão presidida pelo legendário Coronel Antonio Evangelista da Silva.

O primeiro prefeito a dirigir os destinos político-administrativos da cidade foi o Coronel João Batista Botelho em 1901.

Tem como padroeiro o santo do dia da fundação "São Sebastião" e utiliza como gentílico "santa-cruzense".

Localização Do Município Na Regional De Marília**- Coordenadas Geopolíticas, Divisão Administrativa Do Município E Municípios Limítrofes**

O Município de Santa Cruz do Rio Pardo localiza-se na XI Região Administrativa, no Centro - Oeste do Estado de São Paulo situa-se na zona fisiográfica denominada sorocabana, às margens do Rio Pardo, com as seguintes coordenadas geográficas: latitude sul 22 54'10", longitude Wgr 49 37'49", altitude 467m do nível do mar. Em divisão territorial datada de 1995, o município é constituído de 4 distritos: Santa Cruz do Rio Pardo, Caporanga, Clarínia e Sodrélia.

Demografia

Na distribuição populacional por sexo na área de abrangência do município de Santa Cruz do Rio Pardo podemos observar a predominância da população feminina.

Tabela população residente no município de Santa Cruz do Rio Pardo, por sexo segundo faixa etária.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1 ano	321	307	628
1 a 4 anos	1.128	1.149	2.277
5 a 9 anos	1.536	1.497	3.033
10 a 14 anos	1.795	1.726	3.521
15 a 19 anos	1.842	1.737	3.579
20 a 29 anos	3.547	3.595	7.142
30 a 39 anos	3.084	3.261	6.345
40 a 49 anos	2.988	3.069	6.057
50 a 59 anos	2.385	2.585	4.970
60 a 69 anos	1.624	1.777	3.401
70 a 79 anos	907	1.121	2.028
80 anos e mais	355	585	940
TOTAL	21.512	22.409	43.921

Fontes: 2010 IBGE - Censos Demográficos

A distribuição da população do município por faixa etária e sexo constitui importante informação para subsidiar o planejamento de ações na atenção aos ciclos de vida. As pirâmides populacionais representadas no gráfico permitem a visualização da população por faixa etária e sexo no município de Santa Cruz do Rio Pardo segundo censo IBGE 2010. A população feminina supera a masculina em apenas 2,66%, mas observa-se que até a faixa etária de 19 anos a predominância é do sexo masculino, somente a partir dos vinte anos é que ocorre o aumento da população feminina.

A população de Santa Cruz do Rio Pardo é formada em 49,33% de homens e 50,67% mulheres, dos quais 30,7% são crianças e jovens na faixa etária de 0 a 19 anos e 14,40% de pessoas tem idade de 60 anos ou mais. É interessante verificarmos que dentre do percentual de 14,40% de pessoas de 60 anos ou mais, 31,84% possuem entre 70 e 79 anos de idade e 15,30% está na faixa etária acima de 80 anos, o que demonstra que a longevidade da população de Santa Cruz do Rio Pardo é muito superior a da média nacional. A população feminina tem maior incidência na faixa etária acima de 80 anos. A população masculina tem maior incidência na faixa etária de 0 a 19 anos, pois há um número maior de nascidos vivos do sexo masculino, na proporção de 510 homens a cada grupo de mil nascidos para 490 mulheres. Esse fato começa a inverter acima de 20 anos, em virtude de óbitos do sexo masculino decorrentes de acidentes automobilísticos, homicídios, etc.

ESTRUTURA – CAPACIDADE INSTALADA, EQUIPAMENTOS E ASSISTÊNCIA

O acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais e passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania no Brasil. Por este motivo, um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) é o acesso da população a ações e serviços de saúde de qualidade.

O acesso qualificado se traduz na equidade, na humanização do cuidado, na integralidade da atenção e no atendimento em tempo adequado às necessidades individuais e coletivas. A adoção de modelo organizativo de ações e serviços, baseado em redes de atenção, que favoreçam a superação da fragmentação existente entre eles e o preenchimento de vazios assistenciais constituem o cerne do esforço a ser empreendido nos próximos anos. Tal organização deve permitir o atendimento das necessidades de saúde e o aperfeiçoamento da gestão, neste incluídos a eficiência do gasto e o financiamento adequado.

Neste contexto, a estruturação e articulação da rede de atenção à saúde visa à organização do sistema, dentro de um modelo de atenção com conceito amplo de saúde que direcione a intervenção e resposta às necessidades de saúde dos usuários.

Ao se reconhecer as características das condições de saúde e as condições sociais dos usuários, a singularidade do cuidado prestado, precisa estar organizada para responder de forma qualificada aos problemas identificados. Para isto, é necessário o fortalecimento de estratégias de cuidado que integre todas as esferas de atenção e que sejam compartilhadas e reconhecidas entre os serviços e as partes interessadas - gestores, trabalhadores e usuários. Entre elas, a SMS destaca a necessidade de implementação e fortalecimento da regionalização, das redes de atenção, das linhas de cuidado e do acolhimento.

Quadro Cadastro de Estabelecimento de Saúde em Santa Cruz do Rio Pardo

TIPO DE ESTABELECIMENTO	Esfera Administrativa		
	Municipal	Privada	Total
Central De Regulação	1	-	1
Centro De Atenção Psicossocial – CAPS	1	-	1
Centro De Saúde/Unidade Básica De Saúde	5	-	5
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	2	7	9
Consultório	-	103	103
Hospital Geral	-	2	2
Policlínica	1	-	1
Pronto Atendimento	1	-	1

POPULAÇÃO ESTIMADA DO ANO 2016 - 44.375

MORTALIDADE (Fonte: Portal DATASUS)

Internações por Capítulo CID-10	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	0	0	0	2	0	0	1	0	0	4
Capítulo II Neoplasias (tumores)	1	0	0	0	0	0	0	3	13	13	15
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	7
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	2
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	1	0	0	0	1	0	2	3	14	13	18
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	0	0	0	0	0	0	1	2	3	2	17
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	0	3	5	5	6	5
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Internações por Capítulo CID-10	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	1	0	0	0	1	0	2	1	5	7	18
Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	0	0	0	0	0	5	5	1	1	7	5
Total	9	1	0	0	5	6	13	18	43	53	82

Internações por Capítulo CID-10	80	idade ignorada	Total
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6	0	14
Capítulo II Neoplasias (tumores)	7	0	52
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	0	0	1
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	6	0	18
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	10	0	15
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	36	0	88
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	15	0	40
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	8	0	32
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	7	0	10
Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério	0	0	1
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	0	0	4
Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	0	0	1
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	24	0	59
Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	3	0	27
Total	122	0	362

REDE FÍSICA DE SAÚDE, PÚBLICA E PRIVADA, PRESTADORA DE SERVIÇO AO SUS

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA	9	9	0	0
CONSULTÓRIO ISOLADO	1	1	0	0
UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRE-HOSPITALAR NA ÁREA DE URGÊNCIA	3	3	0	0
CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	5	5	0	0
UNIDADE DE APOIO DIAGNÓSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	10	10	0	0
HOSPITAL GERAL	1	1	0	0
SECRETARIA DE SAÚDE	1	1	0	0
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	1	1	0	0
PRONTO ATENDIMENTO	1	1	0	0
CENTRAL DE REGULÇÃO	1	1	0	0
Total	33	33	0	0

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
PRIVADA	28	28	0	0
MUNICIPAL	38	38	0	0
Total	66	66	0	0

APRESENTAÇÃO DA ENTIDADE**A ABEDESC - ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E CULTURAL****Breve Histórico**

Em 20 de Março de 2009 alguns profissionais da Saúde reuniram e fundaram A ABEDESC - ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E CULTURAL, com o objetivo de PRESTAR SERVIÇOS MÉDICOS a estabelecimentos de Saúde em todo o Estado de São Paulo e outros estados da Federação Brasileira.

No primeiro ano de trabalho atuamos em vários Municípios de São Paulo na área de emergência e urgência, como por exemplo o Município de Tatuí onde atuamos na Clínica Médica / Urgência e Emergência oferecendo atendimento a aproximadamente 14.000 munícipes / mês. Atuamos também no município de Barretos, junto à Santa Casa na área médica, onde além da Urgência e Emergência, oferecemos atendimento nas áreas de Pediatria e Ginecologia e também na área de Enfermagem onde agregamos centenas de profissionais da área da saúde e com experiência em gestão hospitalar, tendo como uma de suas metas de alertar e informar através de palestras, campanhas e mutirões toda a população, que carece de atendimento médico e instruções de prevenção.

Hoje, qualificada como Organização Social de Saúde (OSS), A ABEDESC possui as credenciais necessárias junto ao poder público na área da saúde, e está habilitado a atuar na administração de projetos e na prestação de serviços, por intermédio de convênios e contratos, atua hoje na consultoria e gestão ambulatorial e hospitalar de diversas cidades do estado de São Paulo, tornando melhor, através de ações concretas e direcionadas, todo o sistema de saúde de tais municípios conforme a regulamentação das leis orgânicas destes e adequadas às leis estaduais e federais.

Nosso principal objetivo é o desenvolvimento de processos que gerem benefícios para a sociedade, através da articulação de meios para a promoção do desenvolvimento e aperfeiçoamento da gestão, ligados às áreas de saúde, incluindo o segmento hospitalar.

A ABEDESC conta com um excelente corpo técnico, compostos por profissionais altamente qualificados em diversas áreas, como médicos de todas as especialidades, dentistas, nutricionistas, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos dentre outros, atuando dentro dos mais rigorosos princípios éticos indispensáveis

aos trabalhos, desenvolvendo-se uma relação de confiança e credibilidade com os pacientes.

A ABEDESC acredita que o sucesso de uma boa saúde está no cuidado e, aprender a cuidar conhecendo o próprio corpo e suas necessidades é a base para a prevenção de doenças e agravos, ao mesmo tempo, propiciando o desenvolvimento de programas e projetos com um olhar dinâmico sobre o ambiente conduzido em todos os aspectos sociais, econômicos e culturais.

Assim, A ABEDESC tem credibilidade única e seus serviços são referência para parceiros, órgãos públicos e a iniciativa privada, graças a sua equipe, a Instituição é reconhecida como centro de formação de profissionais altamente qualificados e competentes, compartilhando este conhecimento em diversos municípios deste Estado, afazer a sua consulta gratuita.

Missão Visão e Valores

Missão

Aprimorar a gestão da saúde pública através de parcerias e contratos visando a melhoria contínua dos serviços prestados à população, atuando de forma ética e transparente.

Visão

Ser reconhecida como referência em administração na saúde pública por sua excelência e qualidade nos serviços prestados.

Valores

- Transparência na gestão
- Oferecer atendimento humanizado
- Atuar com Qualidade e Excelência
- Incentivar a Educação Continuada

Nossa área de Atuação

A ABEDESC administra todas as atividades relacionadas ao sistema de saúde, operacionalizando:

- Recepção de contas médicas;
- Análise e auditoria médica de contas;
- Sistema de controle e processamento informatizado;
- Atendimento ao usuário.
- Processamento e emissão de relatórios.
- Sistema integrado estabelecendo Protocolos de Enfermagem e na área de Clínica Médica
- Medição de atendimentos por dia/ por médicos

PROJETOS DESENVOLVIDOS**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE TATUÍ**

Prestação de serviços médicos de forma presencial, na área de Clínica Médica, prestando serviços de alta qualidade durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, inclusive aos sábados domingos e feriados, independentemente da categoria e da origem dos pacientes atendidos, de forma a satisfazê-los integralmente, sem interrupções ou lacunas de qualquer natureza, conforme escala previamente elaborada.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARRETOS

Execução dos serviços contratados em áreas especificamente destinadas ao atendimento em urgência e emergência, nas dependências do Pronto Socorro e Pronto Atendimento da Santa Casa de Misericórdia de Barretos.

Prestação de serviços médicos de forma presencial, na área de Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia, prestando serviços de alta qualidade durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, inclusive aos sábados domingos e feriados, independentemente da categoria e da origem dos pacientes atendidos, de forma a satisfazê-los integralmente, sem interrupções ou lacunas de qualquer natureza, conforme escala previamente elaborada.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VIRADOURO

Prestação de Serviços Médicos Presenciais - 24 horas por dia, de Segunda a Domingo, 7 dias por semana. Atendimento de urgência e emergência adulto, gestante, pediátrico, recém nascidos e neonatos, idosos e quaisquer pacientes que buscarem atendimento médico na Unidade, prestando serviços de alta com qualidade, oferecendo o atendimento correto e tratar as doenças, encaminhando quando necessário necessário seguindo o protocolo estabelecido, de acordo com o regimento institucional.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ROSEIRA

Prestação de Serviços Médicos de forma presencial, aos usuários da UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE e PRONTO ATENDIMENTO.

Atendimento às consultas e demandas espontâneas nas unidades de saúde da rede básica e atendimento de urgência e emergência adulto gestante, pediátrico recém nascidos e neonatos, idosos quaisquer paciente que for buscar atendimento médico

na Unidade de Pronto Atendimento prestando serviços de alta com qualidade, oferecendo o atendimento correto e tratar as doenças, encaminhando quando necessário seguindo o protocolo estabelecido, de acordo com o regimento institucional.

PREFEITURA MUNICIPAL DE DUMONT

Prestação de Serviços Médicos de forma presencial, aos usuários da UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE nas especialidades de Clínico Geral, Cardiologista, Ginecologia e Obstetrícia e PRONTO ATENDIMENTO.

Atendimento às consultas e demandas espontâneas nas unidades de saúde da rede básica e atendimento de urgência e emergência adulto gestante, pediátrico recém nascidos e neonatos, idosos quaisquer paciente que for buscar atendimento médico na Unidade de Pronto Atendimento prestando serviços de alta com qualidade, oferecendo o atendimento correto e tratar as doenças, encaminhando quando necessário seguindo o protocolo estabelecido, de acordo com o regimento institucional.

PREFEITURA DE CASSIA DOS COQUEIROS

Execução dos serviços contratados nas dependências do Pronto Atendimento, em áreas especificamente destinadas ao atendimento em urgência e emergência, consultas ambulatoriais, acompanhamento de pacientes em observação 24 horas, acompanhar a evolução e o parto natural das parturientes, realização de suturas e pequenas cirurgias.

- FILOSOFIA DE GESTÃO DA ABEDESC

A nossa Filosofia de Gestão proposta é orientada para o estabelecimento de centros de resultado, os quais propiciam a descentralização, a autonomia gerencial, os sistemas de controle, a administração de processos, bem como a tomada de decisão, com base no sistema de informações gerenciais.

Assim, tendo por princípios básicos as leis, as diretrizes, as normas, os instrumentos de organização, de controle, avaliação e regulação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Ministério da Saúde (MS), propomos manter um canal de comunicação permanente entre as unidades gerenciadas e a Secretaria de Saúde, garantindo as metas pactuadas pela Secretaria referente aos serviços de saúde objeto deste Contrato.

A ABEDESC acredita na importância do ato de planejar, cuja definição é estabelecer o estado atual, definir o objetivo e meta, realizar uma análise da situação atual e seus influenciadores, traçar um plano de ação, fazer as verificações e ajustes necessários e continuar o ciclo. Acreditamos que planejar é uma atividade essencial a todo e qualquer processo produtivo organizado.

Acreditamos que o processo de planejamento e acompanhamento de resultados precisa ser implementado de forma efetiva, dinâmica e sinérgica.

Efetividade significa que, este processo precisa ser incorporado pelos líderes e liderados como uma obrigação profissional permanente. Todos precisam entender, aceitar e internalizar o processo de planejamento e acompanhamento de resultados.

Dinamismo significa que, este processo deve ser constantemente avaliado e atualizado, visando expressar a realidade da unidade. As mudanças no macro ambiente operacional influenciam diretamente o processo de planejamento e acompanhamento de resultados destas áreas.

Sinergismo significa que, este processo precisa estar completamente integrado, na busca da maximização dos resultados pactuados entre líderes e liderados e em todas as unidades operacionais. A maneira mais adequada de garantir a integração de dados e informações é através de um sistema de informações gerenciais corretamente implantadas.

Sendo assim a ABEDESC propõe um modelo de gestão participativo que integre a Organização Social, a Secretaria Municipal de Saúde e a população, que gerará um alto padrão assistencial, fortemente ligado à produção de benefícios na atenção à saúde da população, atuando junto à comunidade, o que assegura o

caráter público da prestação de serviços. O mesmo possui a habilidade necessária para a execução dos serviços assistenciais, sendo capaz de cumprir o Contrato de Gestão, desde a organização e implantação do serviço, a sua execução, expansão, com as respectivas avaliações de resultados e prestação de contas.

A ABEDESC elaborará seu **Plano Estratégico** que, ao longo do tempo, passará a ser incorporado na rotina da gestão, contribuindo para a conquista da qualidade total e tendo como vantagem o fato de provocar mudanças comportamentais em todos os níveis hierárquicos.

O processo de planejamento será estruturado em:

- O Planejamento Estratégico Anual: que corresponde às orientações da alta administração para o exercício seguinte ao atual. Disto resultará o plano de ação da **UPA DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO**.
- Planejamento Estratégico Plurianual: corresponde às orientações da alta administração para os próximos exercícios e envolve o estabelecimento das estratégias de crescimento da entidade, principalmente no que tange as regiões que deverão ser trabalhadas pela diretoria comercial.
- Planejamento Operacional: corresponde às respostas das unidades operacionais para a alta administração, como forma de materializar o plano de ação da unidade para um determinado exercício. Neste momento podemos definir como o refluxo das unidades operacionais para a alta administração e isto pode ser materializado na forma de programas de ação.

Com base no plano de ação, nos programas de ação, nos indicadores de desempenho e no orçamento podemos analisar, avaliar e julgar os resultados quantitativos e qualitativos da cada unidade operacional .

A **cultura de administrar com base nos indicadores de desempenho** é uma necessidade crescente e passa por um processo profundo de educação. Esta é uma responsabilidade da alta administração, que deve promover um processo interno de educação com base na metodologia de gestão e na busca dos resultados.

Outro ponto de suma importância na Filosofia de Gestão proposta pela ABEDESC é a cultura voltada para a **melhoria contínua da qualidade**, uma vez que visamos à implantação de programas que promovam a melhoria da qualidade, possibilitando assim, uma prestação com maior qualidade e no menor espaço de tempo possível após a sua implantação.

APRESENTAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO PARA O GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE, NOS PROGRAMAS: UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA**A) DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO PROGRAMA:****INTRODUÇÃO**

As UPA 24h são serviços públicos de saúde que integram as redes de urgência e emergência. Constituem o componente pré-hospitalar fixo e estão implantadas em locais estratégicos, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. São estruturas de complexidade intermediária, situando-se entre as Unidades básicas de saúde e os serviços de emergência hospitalar.

A UPA tem como atividade fim o atendimento ao usuário quanto aos cuidados de saúde. Objetivam assistir a população com pronto atendimento médico e exames complementares pertinentes, implementando ainda a ferramenta do acolhimento com avaliação e classificação de risco. Estas características reduzem o tempo de espera, evitam o deslocamento desnecessário e excessivo dos usuários, melhoram a atenção e diminuem a sobrecarga assistencial das Unidades hospitalares regionais.

Para o adequado funcionamento técnico e administrativo da UPA, são necessárias ações de logística e abastecimento específicos, gerenciamento de pessoas, faturamento e informações sobre saúde concernentes ao atendimento do público em geral. As estruturas físicas e logísticas, bem como os processos, são interligados de forma que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final da prestação do serviço.

É necessária a busca por novas formas de gestão para que muitos destes processos cursem com maior simplicidade e eficácia, buscando um menor custo para a administração pública. Neste momento, é preciso reorientar o modelo de gerenciamento dos serviços de saúde, buscando atingir novos patamares de prestação dos serviços para proporcionar otimização do uso dos recursos públicos e economia nos processos de trabalho associados à elevada satisfação do usuário.

Podem ser destacados como benefícios adicionais pertinentes a este modelo de serviço, a integralidade do funcionamento das Unidades, sem interrupções

motivadas por falta de manutenção, falta de insumos ou reposição de peças e ausência de pessoal técnico especializado, pois a prestadora de serviços a ser contratada ficará integralmente responsável pelas manutenções preventivas e corretivas.

PRESSUPOSTOS E DEFINIÇÕES

Atendimento às Urgências:

Serão considerados Urgência e/ou Emergência os atendimentos aos pacientes com quadro agudo por ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial ou iminente de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

A Unidade de Pronto Atendimento deve prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, pediátrica e odontológica como também primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade (Portaria GM/MS 1600, de 07 de julho de 2011).

A UPA terá as seguintes competências na Rede de Atenção às Urgências (Portaria Nº 342, de 04 de março de 2013):

I - acolher os usuários e seus familiares sempre que buscarem atendimento na UPA 24h;

II - articular-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região;

III - prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;

IV - fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica à Saúde;

V - funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;

VI - realizar consulta médica e odontológica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;

VII - realizar atendimentos e procedimentos médicos, de enfermagem e odontológicos adequados aos casos demandados à unidade;

VIII - prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;

IX - manter pacientes em observação, por período de até 24 (vinte e quatro) horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;

X - encaminhar para internação em serviços hospitalares, por meio das centrais reguladoras, os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 (vinte e quatro) horas de observação, conforme definido no inciso IX do "caput";

XI - prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à RUE a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;

XII - contrarreferenciar para os demais serviços de atenção integrantes da RUE, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;

XIII - solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192 sempre que a gravidade ou complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da unidade.

Principais Enfrentamentos e Dificuldades

O acesso dos usuários aos serviços de emergência do SUS deve ser feito, preferencialmente, a partir das unidades de atenção básica - Unidades Básicas de Saúde e Unidades Básicas de Saúde da Família - (UBSs e UBSFs), sendo feita a referência para outros níveis, conforme a necessidade de recursos humanos e tecnológicos a serem aplicados para o diagnóstico e resolução da afecção apresentada.

A realidade assistencial hoje mostra que as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), por estarem abertas 24 horas, acabam atuando como porta de entrada do sistema, acolhendo clientelas diversas, como pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais.

I - DIRETRIZES BÁSICAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA UPA (24 horas) – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

1. Realizar, consultas e exames de apoio diagnóstico, e procedimentos ambulatoriais na UPA;
2. Manter uma equipe multiprofissional para a estratégia e assistência a saúde na UPA;
3. Estabelecer mecanismos para melhoria da qualidade de atendimento aos usuários dentro de padrões éticos;
4. Utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões;
5. Acolher os pacientes que chegam à Unidade de Pronto Atendimento de acordo com a classificação de risco;
6. Reduzir riscos e agravos à saúde promovendo atendimento integral nas urgências e emergências;
7. Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta, especificamente nas doenças de notificação compulsória;
8. Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população.
9. Participar em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, da promoção e integração das ações de saúde, visando perfil epidemiológico nos atendimentos;
10. Viabilizar a capacitação e a saúde permanente aos profissionais;
11. Utilizar instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação das ações realizadas;
12. Realizar pesquisas com o objetivo de avaliar a satisfação da coletividade e levantamento de informações para tomada de decisões;
13. Prestar atendimento médico com resolutividade e boa qualidade às necessidades de saúde;
14. Humanizar o atendimento aos pacientes e seus familiares;
15. Garantir em tempo integral o funcionamento da Unidade de Pronto Atendimento.

II – ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS E ATIVIDADE.**1. DA UNIDADE**

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA – 24 horas), está localizada na Rua Alexandre Begueto, nº 10 – Bairro da Estação, Santa Cruz do Rio Pardo/ SP, térreo, com área construída de 990m², e se encontra em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências e atendendo ao disposto nas Portarias

Ministeriais nº 342, de 04/03/2013 e nº 104, de 15/01/2014, caracterizada como estrutura de Porte I, que será implementada com o objetivo de superar as limitações no acesso aos serviços de urgência e fortalecer a respectiva Rede de Atenção as Urgências, garantindo atendimento oportuno e qualificado.

2. CRITÉRIOS DE FUNCIONAMENTO DA UPA DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO

- a. Funcionar nas 24 horas do dia em todos os dias da semana;
- b. Acolher os pacientes e seus familiares sempre que buscarem atendimento na UPA;
- c. Implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, estabelecendo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de complexidade em sala específica para tal atividade e garantindo atendimento ordenado de acordo com a gravidade do caso;
- d. Estabelecer e adotar protocolos de acolhimento, atendimento clínico, de classificação de risco, de procedimentos administrativos conexos, atualizando – os sempre que a evolução do conhecimento tornar necessário;
- e. Articular-se com Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família, SAMU 192, unidades hospitalares e serviços de atendimento domiciliar, unidades de diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência e ordenando esses fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica de Urgências e Complexos reguladores instalados na região.
- f. Possuir equipe interdisciplinar compatível com seu porte;
- g. Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;
- h. Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Atenção Básica;
- i. Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;
- j. Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade, incluindo transtornos mentais;
- k. Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade;

- l. Prestar apoio diagnóstico (realização de Raio-X Digital, exames laboratoriais, eletrocardiograma por telemedicina) e terapêutico nas 24 horas do dia;
- m. Manter pacientes em observação, por período de até 24 horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;
- n. Encaminhar para internação em serviços hospitalares os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação acima mencionada por meio do Complexo Regulador;
- o. Prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à rede loco regional de Urgência a partir da complexidade clínica e traumática do usuário;
- p. Contra referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da rede proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;
- q. Solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade; e Garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade.

3. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

3.1 Atendimento às Urgências e Emergências;

Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à Unidade, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, todos os dias do ano, observando o que segue:

- Atendimento de Urgência e Emergência adulto e pediátrico;
- Acolhimento e Classificação de Risco;
- Procedimentos médicos no atendimento de urgência de acordo com as características da UPA.

3.2 Observação Clínica;

A observação compreende a prestação de assistência à saúde no período previsto de 24 horas, oferecendo atendimento assistencial integral necessário, dentro do escopo da UPA, para obter o diagnóstico e resolver as queixas do paciente com o emprego de terapêuticas necessárias. Após as 24 horas de observação com realização de exames e terapêutica, caso o diagnóstico não tenha sido elucidado ou a queixa resolvida, paciente deverá ser encaminhado para internação nos serviços hospitalares, por meio de Complexo Regulador (Municipal e CROSS).

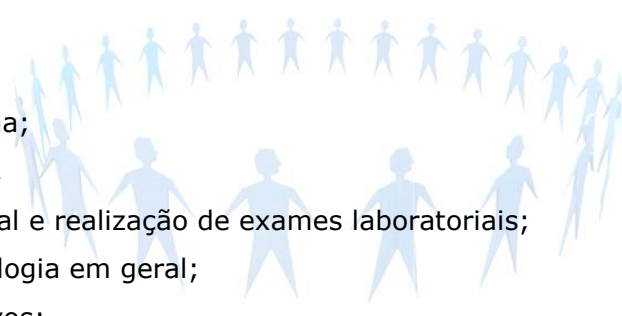
No período de observação estarão incluídos;

- Tratamentos das possíveis complicações que possam ocorrer;
- Tratamento farmacoterapêutico necessário, de acordo com a padronização da Unidade, RENAME, REMUME, Federal e Municipal, respectivamente, conforme determinado pelo SUS – Sistema Único de Saúde;
- Cuidados e procedimentos assistenciais necessários ao cliente;
- Direito a acompanhante durante o período da observação, conforme regras estabelecidas devido às condições especiais do usuário (as normas que estabelece o direito de presença de acompanhamento estão previstas na legislação que regulamenta o SUS – Sistema Único de Saúde).

3.3 Serviços de Apoio Diagnóstico – SADT

O serviço de apoio diagnóstico e terapêutico consiste na realização de exames complementares necessários para o diagnóstico ou à coleta de materiais, e realização de procedimentos terapêuticos imediatos necessários no atendimento da emergência.

Estão incluídos;

- 
- Eletrocardiograma;
 - Ultrassonografia;
 - Coleta de material e realização de exames laboratoriais;
 - Exames de radiologia em geral;
 - Suturas e curativos;
 - Imobilização de fraturas/gesso;
 - Inalação;
 - Aplicação de medicamentos;
 - Reidratação;
 - Pequenos procedimentos médicos.

Outros serviços e procedimentos que os usuários necessitarem conforme o porte UPA I

A **ABEDESC** se responsabilizará pelos seguintes serviços:

- **Serviço de nutrição e dietética:** serviço de nutrição e dietética com distribuição de kits (sucos, achocolatados, biscoitos) aos usuários que estiverem nos leitos de observação superior a duas horas, considerando prescrição médica.
- **Serviço de limpeza e higienização:** serviços de limpeza e higienização nas 24 horas, sábados, domingos e feriados.

- **Serviço de manutenção:** manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médicos, mobiliário, bem como manutenção predial, limpeza e manutenção de jardim, hidráulica e elétrica.
- **Aquisição de materiais de enfermagem, expediente, limpeza e insumos,** bem como equipos para bomba de infusão, e demais materiais necessários para o desenvolvimento da atividade na UPA.
- **Classificação de Risco – Protocolo Manchester;**
- **Serviços de exames laboratoriais:** a Organização Social deverá manter serviço de diagnóstico laboratorial, próprio ou terceirizado, 24 horas por dia, incluindo sábado, domingo e feriados.
- **Serviços de esterilização;** esterilização de materiais, os quais não sejam possíveis à realização na unidade – UPA
- Eletrocardiógrafo com laudo;
- **Raio X:** Laudos médicos de Raio X, bem como a locação/ aquisição do equipamento e insumos necessários a realização do Raio-X (Raio X Digital).
- **Despesas** com água, luz, telefone e internet são responsabilidade da entidade.

- PROPOSTA PARA MONITORAMENTO DE INDICADORES DE DESEMPENHO DA QUALIDADE E DA PRODUTIVIDADE, DENTRE OUTROS

A avaliação de desempenho da Unidade gerenciada se dará na seguinte forma:

- O acompanhamento e avaliação de desempenho são instrumentos essenciais para assegurar que a organização está apresentando os resultados planejados, de modo que eventuais desvios possam induzir a redirecionamentos durante o curso das ações.
- A avaliação das ações e metas programadas será efetivada levando-se em conta os indicadores de desempenho pré-fixados.
- A avaliação da unidade quanto ao alcance de metas será feita com base nos seguintes Indicadores de Desempenho, a partir do início da operação da Unidade, conforme discriminado abaixo:

a) Indicadores Quantitativos: Os indicadores quantitativos estão relacionados ao número de consultas, número de procedimentos e exames do total de atendimentos.

b) Indicadores Qualitativos: Os indicadores de qualidade estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da Unidade .

3. Os indicadores de Desempenho Quantitativos e Qualitativos, bem como os pesos a eles atribuídos, poderão ser revistos a qualquer tempo, durante a vigência do Contrato de Gestão, em comum acordo entre as partes.

- Alguns conceitos, no contexto do monitoramento em questão:

Indicador: Indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde.

Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. Se forem gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores de saúde constituem ferramenta fundamental para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis.

Um conjunto de indicadores de saúde tem como propósito produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, inclusive documentando as desigualdades em saúde. Além de prover matéria prima essencial para a análise de saúde, a disponibilidade de um conjunto básico de indicadores tende a facilitar o monitoramento de objetivos e metas em saúde, estimular o fortalecimento da capacidade analítica das equipes de saúde e promover o desenvolvimento de sistemas de informação de saúde intercomunicados.

Monitoramento: O monitoramento é um processo sistemático e contínuo que através da observação e análise de informações substanciais e em tempo adequado, permite a rápida avaliação situacional e a intervenção oportuna que confirma ou corrige as ações em saúde.

Avaliação: A avaliação é uma função da gestão destinada a auxiliar o processo de decisão, visando torná-lo mais racional e efetivo. Na atual conjuntura, o alto custo da atenção a saúde, seja por sua cobertura ou complexidade, tem exigido dos gestores decisões que beneficiem maior número de usuários e que consigam resultados mais eqüitativos com os mesmos recursos disponíveis

Meta: As metas, neste contexto, são resultados numéricos aonde se quer chegar. Cada indicador deve ser acompanhado de uma meta, o valor que se pretende alcançar com as ações/programas de saúde.

- Avaliação e Valoração dos Indicadores de Quantidade e Qualidade
Indicadores de Quantidade

Para o monitoramento e avaliação das atividades, serão apresentados tópicos que serão parâmetros de avaliação, conforme segue:

- Avaliação das metas quantitativas pactuadas.
- Programa de educação permanente para médicos e enfermeiros.
- Qualidade: Avaliação de satisfação do usuário; Avaliação de satisfação dos colaboradores;
- Determinação das comissões obrigatórias - CCIH, Prontuário, Óbitos, e Ética (Médica e de Enfermagem)
- Gestão: Classificação de Riscos; Humanização; Custos Hospitalares; Implantação de programa de capacitação e desenvolvimento de colaboradores; Protocolos clínicos;

Indicadores De Qualidade

Os Indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade. A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade.

Com o passar do tempo, a cada ano, novos indicadores poderão ser introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer de um certo período, torna este indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados; desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porém já não têm efeito financeiro.

Proposta de Implantação dos Indicadores de Processos Assistenciais

A **ABEDESC** demonstra seu comprometimento e preocupação com a qualidade e segurança da assistência por meio do monitoramento de indicadores. Dentre os indicadores estratégicos estão:

Infecção Hospitalar:

- Taxa de infecção hospitalar;

Clientes – Satisfação do Atendimento

- Taxa de Satisfação do Usuário;

Enfermagem – Assistência

- Incidência de queda de paciente;
- Incidência de erro de medicação;
- Incidência de quase falha relacionada ao processo de administração de medicação;

Pronto Socorro

- Taxa de atendimentos por classificação de risco;
- Taxa de Pacientes atendidos encaminhados para observação;
- Taxa de pacientes em observação transferidos para serviços de referência;

Diante destas estratégias, é possível constatar que a informação é mais um recurso para a gerência e que é de todos os atores envolvidos no processo de trabalho a responsabilidade pela sua coleta, organização, distribuição e disponibilização. Desta forma, um sistema de informação que sirva ao processo de trabalho deve responder às demandas e necessidades dos diversos serviços.

Entende-se por sistema de informação todo conjunto de dados e informações que são organizados de forma integrada, com o objetivo de atender à demanda e antecipar as necessidades dos usuários.

Além do sistema de informação gerencial, o aprimoramento do Sistema de Gestão envolve o aperfeiçoamento e ou a implantação de outros dispositivos organizacionais, ferramentas de gestão e, em particular, de gestão de custos, de planejamento, acompanhamento e avaliação e instrumentos de melhoria contínua das distintas áreas de funcionamento institucional.

B) ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL E OPERACIONAL PROPOSTAS PARA A EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE, GARANTINDO OS MEIOS O ALCANCE DAS METAS DE PRODUÇÃO COM QUALIDADE E EFICIÊNCIA.

- PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL / ASSISTENCIAL



Um modelo de gestão de unidades de saúde deve não apenas respeitar e considerar todos os princípios do SUS, mas sobretudo contribuir para o aperfeiçoamento dos mesmos: universalidade, regionalização e hierarquização da rede, autonomia dos gestores, coordenação entre níveis de governo, transparência e controle social.

O modelo gerencial pressupõe os seguintes instrumentos:

- 1) Clareza da missão institucional, ou seja, a expressão da razão de ser da organização o que a legitima perante os seus usuários e seus funcionários;
- 2) Visão clara sobre o futuro, seus usuários e serviços que presta, de modo que a gestão se concentre no essencial;
- 3) Liderança dos seus dirigentes, focada em hábitos e atitudes gerenciais modernos e estimulando mudanças de comportamentos, mentalidade, atitudes e rotinas de trabalho;
- 4) Alocação de recursos adequada, vinculando-se a prioridades estratégicas e à definição de metas explícitas e verificáveis através de indicadores de desempenho.
- 5) Recursos Humanos motivados pelo seu engajamento no trabalho e com uma visão de futuro;

O uso destes instrumentos tem foco no paciente e nos resultados, assegurando racionalização dos processos de trabalho, possibilitando a gestão por resultados negociadas entre a direção e as equipes de trabalho.

Seguindo uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências que é a descentralização do atendimento de baixa e média complexidade, diminuindo a sobrecarga dos hospitais de maior porte, o Ministério da Saúde cria as Unidades Não Hospitalares de Atendimentos às Urgências ou Unidades de Pronto Atendimento (UPA), através da Portaria GM/MS nº 1863/2003. Desse modo, as UPAs são unidades de saúde fundamentais à reorganização da rede de atenção às Urgências e Emergências de forma regionalizada e resolutiva.

A UPA aprimora o modelo assistencial atual utilizado nos serviços de urgência e emergência, ressaltando a importância da *classificação de risco*. A ênfase na classificação de risco visa reduzir a superlotação, qualificando a atenção e priorizando o atendimento com a estratificação dos casos sem exclusão.

Sendo assim, a UPA necessita de uma equipe preparada e capaz de identificar e priorizar as necessidades do paciente, realizando as avaliações corretas das situações estabelecidas no protocolo. Cada serviço adapta suas ações de acordo com o perfil de sua demanda, com base nos dados epidemiológicos, na área física, nos leitos disponíveis, no risco, nos recursos, etc.

Entendemos que o *Pronto Atendimento* é o serviço médico que deve prestar o primeiro atendimento à maioria das ocorrências médicas, tendo caráter resolutivo para os casos de menor gravidade – que, na prática, costumam representar um percentual significativo dos pacientes atendidos - e encaminhando os casos mais graves ou para um Serviço de Urgência ou de Emergência, ou para internamento hospitalar para cirurgia eletiva, ou para o atendimento pelo médico especialista indicado para aquele paciente.

Assim, o *Pronto Atendimento* não é apenas um serviço de triagem, mas deve ter pessoal suficientemente preparado e orientado para dar solução aos casos clínicos menos complexos, ao mesmo tempo em que necessita identificar, com precisão, as patologias em que haja risco iminente de vida, ou sofrimento intenso, agindo com a necessária presteza no encaminhamento dos pacientes e adotando as providências para que estes realmente sejam atendidos nos serviços de urgência ou de emergência.

Portanto, esta proposta visa à gestão da **UPA de Santa Cruz do Rio Pardo** a partir de um modelo de gerência voltado para resultados.

Com a implantação deste modelo a ABEDESC se compromete com a proteção da dignidade humana, desenvolvendo suas atividades de gestão segundo os preceitos propagados por uma metodologia própria de gestão, pautada em 4 dimensões fundamentais – **a metodologia 4As** – onde a gestão subdivide-se nos seguintes Macroprocessos:

ACOLHIMENTO: serão trabalhados os aspectos subjetivos e humanos inerentes à atividade assistencial. A abordagem se dá por meio de um processo permanente de educação em serviço, treinamento de posturas e valorização das relações humanas no ambiente de saúde.

ABASTECIMENTO: dimensão onde são implementadas práticas consagradas em Gestão de Suprimentos, a fim de otimizar a utilização e garantir o melhor insumo, no tempo e na quantidade adequados, para o desenvolvimento das práticas profissionais.

ADMINISTRAÇÃO: são definidas todas as premissas administrativas, regimentais e documentais da gestão de serviços de saúde, abrangendo todos os setores, sistemas de documentação e arquivos, trâmites burocráticos e boas práticas administrativas, além dos referenciais orçamentários e financeiros que garantam a transparência e o senso otimizado de performance em todas as atividades realizadas.

ASSISTÊNCIA: garantir a segurança tanto para os pacientes como para os profissionais. A Assistência é a finalidade, o objetivo principal da existência da estrutura dos serviços de saúde. E o processo de atendimento de urgência e emergência é complexo, e exige uma gestão diferenciada.

Este modelo de gestão proposto pela ABEDESC para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na UPA de Santa Cruz do Rio Pardo estabelece o princípio da separação de funções entre provedor e prestador de serviços onde o contrato define os objetivos, o respectivo sistema de pagamento e os correspondentes incentivos e sanções.

Nesse modelo, os gestores de serviços de saúde têm por objetivo aumentar a efetividade de seus serviços e a eficiência técnica desenvolvendo as seguintes estratégias:

- Desenvolvimento de instrumentos diversos que alinhem os interesses dos profissionais de saúde com os da OS como o planejamento estratégico participativo. A política de recursos humanos com os pressupostos de seleção, retribuição e incentivo.

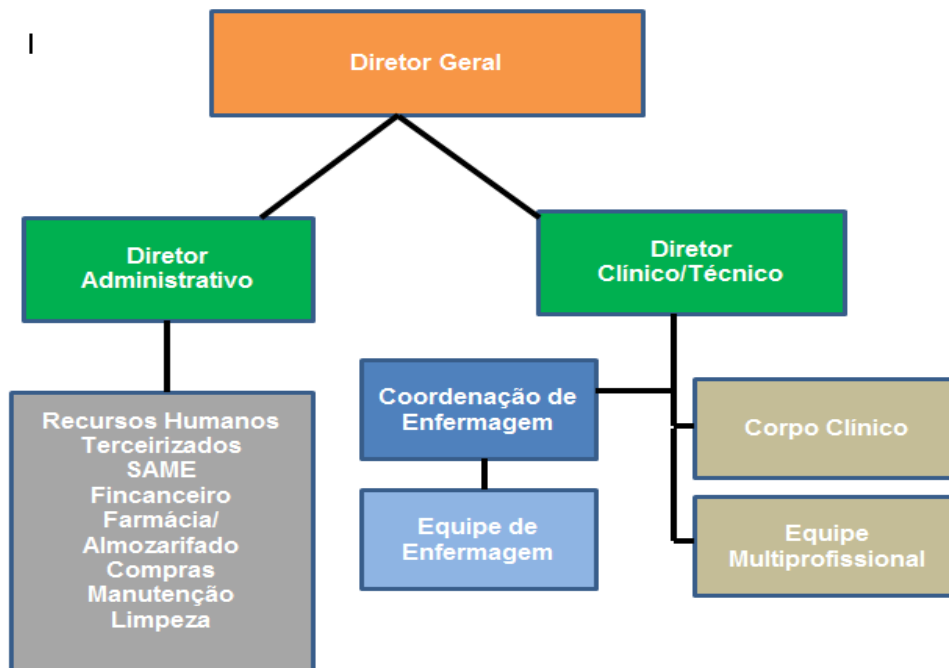
- Implantar a **Direção por Resultados ou compromissos de gestão:** estabelecimento de acordos e pactos entre a Direção da OS e cada um dos serviços, e seus profissionais da região, com a mediação da SMS. A Direção por resultados é essencialmente um acordo entre a Direção e os profissionais, para estabelecer a melhor forma de alcançar os objetivos que deve cumprir a OS, entre eles os derivados do cumprimento do contrato com a SMS. NA direção por resultados será definido o que será realizado por cada parte (direção e profissionais) para atingir o objetivo. Serão estabelecidos indicadores de êxito e prevista a monitorização a ser realizada, para garantir que, durante o ano, se caminhe na direção certa.
- Garantir que as metas assistenciais de saúde da SMS possam ser plenamente atingidas, monitorando todo o processo e fazendo as correções de rumo com agilidade e eficiência.
- Priorizar a implantação dos sistemas de informação, nas unidades e a articulação da rede de assistência de referência melhorando a qualidade e acesso da população aos serviços.
- Implantar sistemas de gestão clínica e qualidade com gerenciamento de riscos clínicos e não clínicos;
- Incorporação de tecnologias diversas que facilitem o acesso da população ao serviço e universalizem as informações.
- Estabelecimento de metodologia de avaliação, definição dos sistemas de informação mínimos e os sistemas de fiscalização e controle de qualidade.
- Desenvolvimento de uma cultura de avaliação que, de forma progressiva, fará com que as decisões sejam tomadas cada vez mais com base em dados objetivos;

ESTRATÉGIAS PARA O SUCESSO DA IMPLANTAÇÃO DO MODELO GERENCIAL

- AÇÕES PARA QUALIFICAÇÃO DO MODELO GERENCIAL

- a) Assistencial: conformação de um serviço qualificado e com autossuficiência em atenção de alta complexidade, possibilitando desta forma a melhoria do acesso dos usuários que necessitam de atendimento de urgência/emergência e assistência hospitalar resolutiva.
- b) Econômica: a alocação de recursos financeiros para melhoria das estruturas físicas e de equipamentos, para capacitação dos profissionais de saúde e para a modernização gerencial da unidade, de acordo com o perfil assistencial definido para a instituição .

- c) Educacional: estabelecer mecanismos de qualificação profissional por meio de cursos e capacitação permanente das equipes da UPA, de acordo com a necessidade para o perfil assistencial.
- d) Gestão participativa – conselho gestor da unidade: participação dos gestores da unidade como forma de aumentar a resolutividade e ampliar o a interlocução com a rede de serviços, propomos em nosso projeto a instituição imediata de Conselho Gestor Local que será responsável pela participação social na gestão.

- Apresentação do Organograma Proposto para a UPA

- PROPOSTA DE METAS E INDICADORES PARA ACOMPANHAMENTO E VERIFICAÇÃO DA EFICÁCIA / EFICIÊNCIA DA UNIDADE**1 - INDICADORES DE DESEMPENHO/PRODUÇÃO****1.1 - Indicador: percentual de pacientes encaminhados pelas Unidades de ESF/UBS**

- Descrição: o indicador assegura que todos os pacientes encaminhados pelas Unidades de ESF/UBS sejam atendidos pela UPA, que estará disponível para atendimento, em regime de prontidão, com apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto, 24 horas por dia, 7 (sete) dias por semana, com equipe completa e equipamentos necessários.

- Fonte de comprovação: relatório de acompanhamento da SMS

- Periodicidade: mensal

- Método de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de pacientes atendidos referenciados pelas ESF/UBS}) \times 100 / N^{\circ} \text{ de solicitações de atendimentos provenientes das ESF/UBS}$

- Meta: 100%

1.2 Indicador: percentual de pacientes encaminhados pela Regulação Médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) através de suas unidades móveis

- Descrição: o indicador assegura que todos os pacientes encaminhados pela Regulação Médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) através de suas unidades móveis de suporte Básico e Avançado sejam atendidos pela UPA, que funcionará como local de estabilização destes pacientes, estando disponível para atendimento, em regime de prontidão, com apoio diagnóstico terapêutico ininterrupto, 24 horas por dia, 7 (sete) dias por semana, com equipe completa e equipamentos necessários.

- Fonte de comprovação: relatório de acompanhamento do SAMU

- Periodicidade: mensal

- Método de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de pacientes atendidos por meio da Regulação Médica do SAMU}) \times 100 / N^{\circ} \text{ de pacientes conduzidos através da Regulação Médica do SAMU}$

- Meta: 100%

1.3 Indicador: equipe mínima de profissionais

- Descrição: o indicador assegura que será mantida equipe mínima necessária para garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, de acordo com edital.
- Fonte de comprovação: relatório de acompanhamento da SMS
- Periodicidade: mensal
- Método de cálculo: N° de Plantão com Equipe Assistencial Completa definida no edital por $x 100 / N^{\circ}$ de Plantões no mês
- Meta: 100%

1.4 Indicador: proporção de notificações de agravos de Notificação Compulsória

- Descrição: o indicador assegura que todas as doenças e agravos de Notificação Compulsória sejam devidamente lançadas no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) para controle epidemiológico junto à Vigilância Epidemiológica.
- Fonte de comprovação: relatório de acompanhamento VISA
- Periodicidade: mensal
- Método de cálculo: $(N^{\circ}$ de casos notificados) $x 100 / N^{\circ}$ de casos atendidos cuja suspeita ou confirmação diagnóstica são definidos como notificáveis pelo SINAN
- Meta: 100%

2. Desempenho Assistencial**2.1 Percentual de pacientes atendidos pelo médico conforme o tempo definido na classificação de risco**

Objetivo: Acesso rápido ao atendimento médico priorizando o risco de vida

Meta: 90%

Fórmula: $\text{Número de pacientes que foram atendidos pelo médico conforme o tempo definido na classificação de risco} \times 100 / \text{Total de pacientes classificados conforme protocolo de acolhimento e classificação de risco}$

Numerador: Número de pacientes que foram atendidos pelo médico conforme o tempo definido na classificação de risco

Denominador: Total de pacientes classificados conforme protocolo de acolhimento e classificação de risco

2.2 Tempo médio de permanência na emergência

Objetivo: manter o fluxo de alocação de pacientes.

Meta: Máximo de 24 horas

Formula: Σ Número de pacientes-dia / Número de saídas

Numerador: Nº de Pacientes/dia – total de leitos ocupados às 24 horas de cada dia.

Denominador: Número de saídas – total de pacientes que tiveram alta (seja médica, a revelia ou por óbito) no período analisado.

A UPA não é unidade hospitalar e, portanto não interna, possui leitos de observação nos quais os pacientes devem permanecer até 24 horas conforme estabelecido pelas portarias GM/MS 1020 de 13/05/09 e 1601 GM/MS de 07/07/11. A permanência de um paciente por mais de 24 horas em observação na unidade deverá ser sempre justificada. O tempo de permanência na unidade deverá ser calculado para cada uma das salas de observação tanto adulta quanto pediátrica e para a unidade como um todo.

2.3 Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) 24h.

Objetivo: Medir a taxa de óbitos ocorridos em unidade pré-hospitalar fixa. Mede indiretamente a capacidade e eficácia do Serviço de Urgências para resolver os casos mais críticos com rapidez, seja solucionando o problema com seus meios ou derivando o paciente para o serviço, unidade ou centro mais adequado a gravidade do caso.

Meta < 4%

Fórmula: $\text{Número de óbitos com pacientes em observação - 24h (sala amarela e vermelha)} \times 100 / \text{Total de pacientes em observação (todas as salas)}$

Numerador: Número de óbitos com pacientes em observação - 24 hs (sala amarela e vermelha).

Denominador: Total de pacientes em observação (todas as salas)

3. Gestão

3.1. Treinamento hora homem

Objetivo: Reciclar ou capacitar os funcionários para torná-los aptos a atender os níveis crescentes de qualidade nas atividades que desempenham padronizando a assistência.

Meta: > 1,5

Fórmula: Total de horas homem treinados no mês / Número funcionários ativos no período

Numerador: Total de horas homem que foram capacitados no período

Denominador: Total de funcionários ativos no período

3.2. Satisfação usuário

Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação

Objetivo: Avaliar a percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde através de pesquisas de satisfação. A pesquisa será formulada através da aplicação de questionários com emissão de relatórios mensais.

Meta: >85%

Fórmula: Nº de questionários preenchidos x100 / Total de pacientes em observação

Numerador: somatório dos questionários preenchidos.

Denominador: Total de pacientes em observação na unidade no período

3.3 Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos

Objetivo: Medir o nível de satisfação dos clientes, através da pesquisa de satisfação.

Meta: >80%

Fórmula: Nº de conceitos satisfeito e muito satisfeito x100 / Total de Respostas efetivas

Numerador: Nº de conceitos ótimos – somatório das respostas com conceito.

Denominador: Total de respostas efetivas - número de questionários respondidos no período avaliado, com os critérios muito satisfeito, satisfeito, medianamente satisfeito, pouco satisfeito e insatisfeito.

- Proposta para Apresentação dos Relatórios Gerenciais

Na ABEDESC, o gerenciamento dos dados produtivos e indicadores epidemiológicos são tratados de forma integrante ao resultado de gestão, pois é necessário ao planejamento estratégico das ações de trabalho, assim como avaliação das metas estabelecidas nesse projeto.

Em nossa instituição trabalhamos integrados aos indicadores estabelecidos pelo SUS, SISPACTO, PMAQ e os de Morbidade e Mortalidade. Sendo assim, mensalmente solicitamos a secretaria de saúde o fornecimento dos relatórios de produção, para avaliação e composição do relatório gerencial.

Quanto ao objeto do contrato, pactuamos o fluxo de entrega até o 20º dia do mês subsequente, ou de acordo com o acordado com SMS, esse relatório é composto de:

- A) Quantitativas de atendimentos Clínicos: Acolhimento e Classificação de Risco, Atendimento médico clínico ambulatorial, de urgência, serviço social, atendimento nutricional;
- B) Quantitativo de procedimentos realizados: Exames laboratoriais, RX, ECG, procedimentos de enfermagem; procedimentos médicos;
- C) Quantitativo de referências: Referência para internação; referência para AB; Referência para serviços especializados;
- D) Metas de produção e parâmetros de indicadores de desempenho, estabelecidas nesse edital, parte integrante do contrato;
- E) Relatórios detalhados de produção contendo faixa etária, cid, local de residência e atendimento realizado.

O processo avaliativo serve para orientar o gestor a buscar formas realistas na verificação da efetividade das ações de saúde por ele desenvolvidas, sendo assim outros dados podem e devem ser discutidos e pactuados nas comissões de acompanhamento e monitoramento do contrato.

C) ESPECIFICAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS:

PESSOAL /FUNCIONÁRIOS	QDDE	JORNADA
Recepcionista Diurno	2	12x36 horas
Recepcionista Diurno - 17 às 23 hrs.-seg/sab	1	6 horas
Recepcionista Noturno	2	12 x 36 horas
Recepcionista Folguista	1	12 x 36 horas
Diretor Técnico	1	20 hrs/sem
Assistente Social	1	30 hrs/sem
Enfermeira Responsável Técnica (Coordenadora)	1	40 hrs/sem
Enfermeira Assistencial Diurno	3	12 x 36 horas
Enfermeira Assistencial Noturno	2	12 x 36 horas
Enfermeira Folguista	1	12 x 36 horas
Técnico de Enfermagem Diurno	10	12 x 36 horas
Técnico de Enfermagem Noturno	6	12 x 36 horas
Técnico de Enfermagem Folguista	3	12 x 36 horas
Auxiliar de Serviços Gerais Diurno	2	12 x 36 horas
Auxiliar de Serviços Gerais Noturno	2	12 x 36 horas
Auxiliar de Serviços Gerais Folguista	1	12 x 36 horas
Farmacêutico	1	40 hrs/sem
Auxiliar de Farmácia Diurno	2	12 x 36 horas
Auxiliar de Farmácia Noturno	2	12 x 36 horas
Auxiliar de Farmácia Folguista	1	12 x 36 horas
Auxiliar de Manutenção	1	44 hrs/sem
Técnico em Radiologia (Diurno)	3	20 hrs/sem
Técnico em Radiologia (Noturno)	4	20 hrs/sem
Auxiliar Administrativo	1	44 hrs/sem
TOTAL CLT	54	
PLANTÕES MÉDICOS		
Plantões Médicos Clínico	62 PLANTÕES	12 horas
Plantões Médicos Pediatra	62 PLANTÕES	12 horas

D) ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE APOIO RELEVANTES PARA A EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES:**- PROPOSTA PARA ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS****- Rotina dos procedimentos assistenciais**

O atendimento aos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, deve ser prestado por todas as portas de entradas do SUS, ou seja, pelo conjunto das unidades básicas de saúde e suas equipes de Programa Saúde da Família, pelas unidades de atendimento pré-hospitalar fixas e móveis e pelas unidades hospitalares, possibilitando a resolução dos problemas de saúde dos pacientes ou transportando-os responsavelmente a um serviço de saúde hierarquizado e regulado.

A Unidade irá atender às orientações gerais, diretrizes e parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde e SMS, especialmente quanto a organização dos serviços de saúde da rede e quanto as ações de integração com outros setores, serviços e parceiros que se apresentam no território.

A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento às urgências do acolhimento e da "triagem classificatória de risco". De acordo com esta Portaria, este processo "deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré- estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento" (BRASIL, 2002).

Mais que uma previsão legal, a classificação de risco é entendida como uma necessidade para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado àqueles em situações de sofrimento agudo ou crônico agudizado de qualquer natureza.

- Da Política Organizacional da Urgência e Emergência

Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência da UPA DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO a pessoas que procurem tal atendimento, seja de forma espontânea ou através do SAMU.

A unidade de Urgência / Emergência estará apta a prestar o serviço de atendimento resolutivo aos pacientes que buscarem a unidade apresentando quadros agudos ou crônicos quando de sua agudização, e ainda, pacientes encaminhados pela rede básica municipal de maneira referenciada e ou trazido por serviço de remoção e atendimento pré – hospitalar, de acordo com a capacidade das referidas unidades;

O atendimento ao paciente será realizado com rapidez e qualidade. A agilidade e a qualidade dos procedimentos realizados pela equipe multiprofissional podem significar a vida do paciente. Por isso é importante que a equipe de trabalho envolvida tenha boa sincronia no atendimento ao paciente.

Como cada um dos profissionais vai identificar a necessidade de atendimento rápido devido às condições físicas do paciente, informará o colega que fará o próximo atendimento e dará a continuidade necessária.

O ambiente da unidade será planejado de modo a atender as demandas de segurança, bem-estar e qualidade do serviço prestado, proporcionando instalações físicas adequadas à divisão técnica do trabalho e aos trabalhadores que atuarão naquele espaço.

Outros elementos essenciais para o bom funcionamento das unidades são o fluxo do atendimento, os equipamentos, a comunicação, o abastecimento de medicamentos e materiais, e o treinamento do pessoal.

Portanto a área física será organizada de tal forma que propicie o fluxo contínuo do paciente através das unidades e facilite a comunicação visual e sonora entre os setores permitindo o rápido atendimento ao paciente.

Equipamentos, como desfibrilador, respirador artificial, carrinho de emergência entre outros, são fundamentais para o atendimento de urgência e emergência ao paciente nas unidades e devem estar disponibilizados para uso em perfeitas condições de manutenção.

Entre os itens que podem ser citados para a correta operacionalização das unidades está o abastecimento de materiais e medicamentos. Este deve ser contínuo, ou seja, não podem faltar de forma alguma os medicamentos e materiais anteriormente padronizados para uso no local e não deve sobrar para evitar o desperdício dos itens. A reposição deve ser feita em tempo hábil e horário previamente definido para que não falte no atendimento.

- PROPOSTA PARA ORGANIZAÇÃO DE FLUXO E ROTINAS**- Fluxo de Atendimento ao Usuário**

1º: Ao chegar, o usuário é acolhido pelo profissional de controle de acesso, o qual escuta seu caso, e a partir do seu relato é estabelecida uma prioridade para o seu atendimento.

2º: Após esse acolhimento, lhe é fornecida uma senha e o mesmo aguarda o seu número de chamada no painel de senha.

3º: Ao ser chamado, o paciente é direcionado para o cadastro, local onde são registrados seus dados pessoais (data do nascimento, endereço, telefone, entre outros) por um auxiliar administrativo / recepcionista.

3º: Após o cadastro de seus dados pessoais ele é encaminhado para um profissional enfermeiro(a) que amplia a escuta de suas queixas. Esse profissional faz um exame simplificado, no qual é avaliada sua temperatura, pressão, respiração, pulso, peso, e nos casos de crianças, também é medida a altura. A partir desse exame, o enfermeiro(a) classifica o grau de risco do paciente, ou seja, se ele deverá ser atendido imediatamente ou se poderá esperar pelo tempo necessário para esse atendimento, sem qualquer risco à sua integridade, priorizando-se sempre os casos mais graves, conforme estabelecido no Protocolo de Manchester

Desta forma, o atendimento é feito por gravidade, e não por ordem de chegada. Há casos ainda de que o profissional enfermeiro verifica se a queixa do paciente poderá ser acolhida pela equipe da Saúde da Família (casos ambulatoriais), e nesses casos, o paciente é encaminhado para esse atendimento.

4º: Após a classificação do seu grau de risco, ele aguarda na sala de espera ser chamado pelo médico em um dos consultórios.

5º: No consultório do médico é dado prosseguimento ao atendimento inicial, e a partir dessa consulta, o paciente poderá fazer exames (laboratório, de raios X e eletrocardiograma), medicação (na sala de medicações), nebulização; soroterapia; ser encaminhado para a sala de observação e ir para casa, dependendo de seu estado clínico ou necessidade de saúde.

Os casos não urgentes e que não se enquadram em nenhuma das situações já apresentadas são direcionados para as unidades de Saúde da Família da região ou UBS, de acordo com sua área geográfica de residência.

Nos casos de pacientes mais graves, após sua estabilização são transferidos para unidades hospitalares que oferecem mais opções de serviço e equipamentos adequados à maior gravidade, como centro cirúrgico, internação e outras especialidades.

Critérios e Fluxo de Admissão no PRONTO ATENDIMENTO DA UPA DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO

- Triage

- Todo paciente admitido na Unidade de Primeiro Atendimento é avaliado inicialmente pela triagem, realizada por um enfermeiro qualificado. Este profissional deve priorizar o atendimento do paciente de acordo com a necessidade de assistência.
- Durante o processo de triagem, o paciente é submetido a avaliação inicial (queixa principal, sinais e sintomas aparentes, antecedentes clínicos, cirúrgicos, alérgicos e de imunização, parâmetros vitais, registro da data e horário de chegada) e classificado em cores de acordo com o nível de complexidade do caso.
- A triagem não se limita ao espaço físico, mas sim, ao conceito de determinação de urgência e fluxo de atendimento.
- Pacientes para retorno de curativos ou ortopédicos, não passam pela triagem.
- As emergências são admitidas em entrada exclusiva, direto (na sala de emergência). Ao dar entrada na emergência, médicos e enfermagem se direcionam à porta para receberem o paciente a critério de emergência. Se for descartada a emergência, paciente será direcionado, conforme níveis da triagem, exceto se a família apresentar alto nível de ansiedade.

- Critérios de Admissão de pacientes na Observação da UPA DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO.

O tempo máximo esperado para cada paciente ficar em observação na UPA DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO é de 24 horas, não caracterizando internação hospitalar. Serão encaminhados à Observação do Pronto Atendimento todos os pacientes:

- Que apresentem instabilidade de sinais vitais: fora dos padrões de normalidade para a idade do paciente, sem antecedentes clínicos que justifiquem.
- Que necessitem de monitoração cardíaca: presença ou risco de apresentar arritmias cardíacas (devido a condições clínicas, tratamentos ou procedimentos), risco de PCR.
- Que necessitem de instalação de via endovenosa para hidratação e/ou medicação.

-
- Que necessitem de monitorização constante de glicemia.
 - Que necessitem de observação do nível de consciência.
 - Que necessitem de observação para monitorização dos níveis de oxigenação, bem como da utilização de equipamentos para suporte à ventilação.
 - Que necessitem de observação para investigação diagnóstica.
 - Que necessitem de observação pós-sedação.
 - Que necessitem de observação para acompanhamento da dor.
 - Que necessitem de observação por apresentarem agitação psicomotora.
 - Que necessitem de observação devido à intoxicação exógena.
 - Que necessitem de observação para monitorização de reações adversas.
 - Que necessitem de observação para monitorização e acompanhamento da pressão arterial.
 - Que apresentem impossibilidade de locomoção e necessitem aguardar a evolução do quadro, bem como resultado de exames.
 - Que necessitem aguardar vaga para transferência.
 - Que necessitem aguardar exames quando são originários de outro hospital ou entidade assistencial.

Sala de Medicação

Todos os pacientes que necessitem de alguma medicação endovenosa serão encaminhados para sala de medicação. Paciente que necessitem de medicações EV que demandem tempo superior a 60', deverão ser encaminhados à Observação.

- Critérios de Alta de pacientes na UPA DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO que NÃO necessitam de Observação Clínica.

O paciente somente poderá deixar a Unidade com alta se estiver em condições de dar continuidade ao seu tratamento, sem a necessidade de suporte da equipe assistencial, e se apresentar as seguintes condições clínicas:

- parâmetros vitais, saturação de O₂ e glicemia dentro dos padrões de normalidade para a faixa etária, considerando os antecedentes clínicos do paciente (tabela de sinais vitais nos critérios de admissão).
- nível de consciência compatível com as condições clínicas habituais do paciente.
- ausência de dor.
- estável com relação a eliminações (presentes, em volume e aspecto compatíveis com a idade e condições clínicas habituais do paciente), hidratação (hidratado), níveis de oxigenação (Sat O₂).

Os critérios mencionados constituem um guia básico. O julgamento clínico (o motivo da alta) que nortear a alta da Unidade fora dos padrões estabelecidos acima deverá ser justificado no prontuário.

- Critérios de Alta de Pacientes que permaneceram em observação Clínica na UPA DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO

Os pacientes da Observação da UPA DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO poderão receber alta para os seguintes destinos:

- *Alta para a residência:* após reavaliações dos exames, do quadro clínico, e conclusão ou hipótese diagnóstica, desde que esteja conforme os critérios de alta estabelecidos pela Unidade.
- *Internação:* os pacientes que após a observação não tenham apresentado melhora no quadro clínico e por esse motivo aguardarão vaga para transferência para unidade de referência.

- Critérios de solicitação para internação:

- moléstias infecciosas com sinais vitais e padrão respiratório fora dos parâmetros normais.
- sinais e sintomas persistentes após 6 horas de observação, com piora do quadro.
- diagnósticos confirmados que justifiquem internação hospitalar. (CID. 10).
- quadros cirúrgicos agudos.

- Documentação na UPA DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO

Com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado ao paciente admitido na unidade, o prontuário da unidade acompanha o paciente em todo o processo de internação e é incorporado ao prontuário Institucional, sendo mantido no SAME.

Os documentos do paciente na UPA DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO dispõem dos dados: data e hora da admissão, condições de admissão, antecedentes (clínicos, cirúrgicos, alérgicos, imunização), diagnóstico, conclusões ao final do tratamento, destino do paciente, condições do paciente no momento da alta ou transferência, orientações pós-alta para a continuidade do tratamento e retorno desejável para reavaliação.

- PROPOSTA PARA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM**- Gestão do Cuidado**

A Divisão de Gestão do Cuidado é o setor responsável por gerenciar o cuidado em saúde no âmbito do hospital; planejar, organizar e gerenciar a implantação das linhas de cuidado; definir metas quantitativas e qualitativas da atenção à saúde, por linha de cuidado, bem como os indicadores de monitoramento e avaliação, entre outras ações.

A política de gestão da enfermagem da **UPA DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO** visa sistematizar o cuidado de enfermagem considerando-o um dos processos de trabalho juntamente com a pesquisa, o ensino e o gerenciamento. O Serviço de Enfermagem está subordinado diretamente à Diretoria Assistencial, devendo obedecer ao preconizado pelo instrumento máximo desta Instituição, o Manual de gestão. É formado por profissionais devidamente habilitados; configurado pela habilidade do plano das relações de trabalho com a Instituição. Destina-se a atender as necessidades humanas básicas do cliente, respeitando os preceitos éticos e legais.

Objetivo

Tem como objetivo direcionar a sistemática do serviço de enfermagem através das ferramentas de trabalho que norteiam atender as necessidades do cliente que estiver sob nosso cuidado, baseada em princípios científicos e tecnológicos de um conjunto de processos e definição das regras para o corpo de enfermagem no hospital.

Competências do setor:

- Monitorar e avaliar o desempenho das linhas de cuidado;
- Participar da elaboração e implantação dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas das Unidades Assistenciais vinculadas à Divisão;
- Avaliar a necessidade e propor a incorporação e/ou renovação de tecnologias afetas às linhas de cuidado;
- Integrar os processos de trabalho das Unidades Assistenciais vinculadas à Divisão;
- Implantar a alta responsável do ambiente hospitalar – ambulatorial e de internação – em articulação com os demais pontos de atenção da rede de saúde;
- Implantar visita ampliada;

- Instituir protocolo unificado;
- Gerenciar os leitos hospitalares com vistas à integração da prática clínica no processo de internação e de alta;
- Implantar mecanismos de desospitalização, visando opções às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares;
- Articular as Unidades Assistenciais vinculadas à Divisão para a implementação das diretrizes da política de humanização do cuidado em saúde;
- Realizar a escuta das necessidades dos usuários nas ações assistenciais, proporcionando atendimento humanizado;
- Gerenciar a implantação e implementação da horizontalização do cuidado multiprofissional, assegurando o vínculo da equipe com o usuário e familiares;
- Coordenar as atividades de planejamento e avaliação das ações da Divisão;
- Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada à Divisão;
- Acompanhar o abastecimento regular de instrumentais, medicamentos e insumos necessários ao funcionamento das Unidades Assistenciais vinculadas à Divisão;
- Participar das atividades de planejamento, monitoramento e avaliação da Gerência de Atenção à Saúde;
- Consolidar o diagnóstico de necessidades e a proposição de ações de educação permanente da equipe multiprofissional vinculada à Divisão;
- Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na Rede de Atenção à Saúde.

- Processo de Trabalho

Os profissionais de Enfermagem serão alocados em seus respectivos setores, conforme a complexidade de cada unidade. A enfermagem, enquanto campo científico, tem se apropriado de teorias com base no materialismo histórico e dialético para desenvolver e planejar intervenções e pesquisas que venham a transformar sua prática.

- Descrição das Atividades Assistenciais

Dentre as atividades assistenciais prestadas, podemos elencar:

1. Executar procedimentos de enfermagem, dentro dos limites de sua função, de acordo com a prescrição médica.

2. Reconhecer os sinais de disfunção respiratória nas patologias mais prevalentes: crise asmática, DBPOC, Infecções respiratórias, quadros de obstrução por corpo estranho, edema agudo de pulmão; adotando medidas de tratamento.
3. Aferir sinais vitais: frequência cardíaca, respiratória, tensão arterial, temperatura, saturação, controle de glicemia.
4. Reconhecer sinais de doenças circulatórias aguda: infarto agudo do miocárdio, angina instável, arritmias, AVC, quadros isquêmicos e edema agudo de pulmão, assim como seu tratamento.
5. Realizar monitorização cardíaca e eletrocardiográfica.
6. Reconhecer e adotar medidas para controle e tratamento inicial dos quadros de Intoxicação exógena, sobretudo nos casos de libação alcoólica.
7. Reconhecer sinais de gravidade na vítima traumatizada grave: sinais de disfunção ventilatória, respiratória e circulatória. E prestar atendimento inicial nas medidas de suporte básico e avançado de vida.
8. Reconhecer e tratar sinais de agravos metabólicos agudos tais como: diabetes descompensado, coma hiperglicêmico, coma hipoglicêmico e coma hiperosmolar.
9. Adotar medidas no manejo do trauma raquimedular, trauma cranioencefálico, trauma torácico, trauma abdominal, trauma de extremidades, trauma em face, controle de choques e hemorragias, trauma na gestante, queimaduras, afogamento, lesões por eletricidade, acidentes com múltiplas vítimas e acidentes com produtos perigosos.
10. Reconhecer sinais de gravidade das patologias psiquiátricas em situações de urgência.
11. Realizar procedimentos de suporte ventilatório: intubação traqueal, cricotireoidostomia, drenagem torácica, toracocentese, assim como manejo dos equipamentos de suporte ventilatório básico e avançado.
12. Realizar manobras de reanimação cardiorespiratória básica e avançada.
13. Realizar as técnicas de imobilização e remoção.
14. Prestar o atendimento inicial à gestante em trabalho de parto normal e prevenir complicações.

Organização do local de trabalho**No início do plantão:**

- verificar a ordem e limpeza das salas e materiais;
- fazer assepsia com álcool 70% nos otoscópios e a limpeza dos cones auriculares. Realizar a assepsia com o álcool 70% de termômetros e estetoscópios antes e após o uso;
- durante o plantão, acionar o serviço de limpeza sempre que necessário (presença de secreções e sangue).

Ao final do plantão:

- providenciar a limpeza e desinfecção dos materiais: - limpar aparelhos e equipamentos com pano úmido, secando após, se necessário usar água e sabão e álcool 70%;
- repor material de consumo e impressos.

Rotina da sala de medicação

- organizar a sala e repor os materiais diariamente;
- controlar psicotrópicos, glicosímetro e oxigênio
- limpar com pano umedecido e detergente ou com álcool 70%, mesa, armário, balcão da pia;
- desinfecção dos artigos de inalação: lavar as máscaras com água e sabão, secar e imergir em solução de glutaraldeído 2% por 30 minutos, enxaguar abundantemente em água corrente, sem colocar dentro da pia que é contaminada, secar e acondicionar em recipiente fechado.
- verificar a data de validade da solução de desinfecção;
- certificar-se da prescrição quando houver dúvidas, nome do cliente, medicação, via de administração, tempo de tratamento, data, e outros;
- na soroterapia identificar o frasco.
- anotar os procedimentos realizados, preenchendo os dados com letra legível, assinatura e número do coren.
- fazer contagem dos procedimentos realizados: injetáveis, aerossol, verificação de PA, teste de sensibilidade, tro, glicosimetria, soroterapia, etc, e registrar em impresso apropriado;

Rotina da sala de emergência (vermelha)

- organizar a sala e repor os materiais diariamente;
- verificar lote e prazo de validade dos materiais e dos medicamentos;
- solicitar a troca e reposição dos medicamentos, se necessário;
- limpar com pano umedecido e detergente ou com álcool 70%, mesa, armário, balcão da pia;
- checar diariamente o funcionamento da rede elétrica (tomadas 110v e 220v, devidamente identificadas, lâmpadas, focos, etc).
- conferir material da sala diariamente ou conforme a rotina da unidade e após o atendimento de urgência;
- diariamente testar o funcionamento do aspirador de parede e manual, do laringoscópio, checar as pilhas, verificar a luminosidade das lâmpadas das lâminas;
- manter os frascos coletores do aspirador limpos e secos;
- trocar as extensões de borracha e encaminhar para lavagem
- deixar a ponta da extensão do aspirador protegido com saquinho de plástico;
- deixar o frasco umidificador de oxigênio seco, colocar água somente no momento do uso, após o uso proceder com a lavagem.
- anotar todos os procedimentos realizados em impresso apropriado, preenchendo todos os dados, com letra legível e a assinatura e número do coren.

Atendimento da Sala de Emergencia

- afastar outros pacientes curiosos e deixar acesso livre para passagem de maca e ambulância.
- a sala vermelha é o local destinado ao atendimento a pacientes com agravos à saúde, independente da sua etiologia, portanto, com agravos clínicos, traumáticos e psiquiátricos, sejam eles adulto, criança, gestante ou idoso. Desta forma o atendimento ao paciente grave, na sala de urgência, exige requisitos, que estão diretamente relacionados ao sucesso da assistência, cabendo à equipe atitudes decisivas, rápidas e com grande capacidade de julgamento.
- para o desenvolvimento das atividades, caberá ao enfermeiro a responsabilidade no planejamento, organização e manutenção da sala de emergência, coordenando a equipe de enfermagem, e zelando pelo bom atendimento juntamente com os demais profissionais. Para tanto alguns pontos básicos e essenciais, deverão ser cumpridos conforme rotina previamente estabelecida, que envolvem requisitos específicos e os referentes à equipe de enfermagem.

Requisitos específicos:

- a disposição dos materiais e equipamentos, na sala vermelha, deverá obedecer a critérios estabelecidos pela equipe (ordem alfabética, ordem numérica, padronização de cores por sistemas, sistematização dos a-b-cs, etc.), disposto de forma organizada, devidamente identificado, com fácil acesso, que permita um atendimento adequado, sem atropelos de pessoal circulante, sem o armazenamento de materiais semelhantes em vários pontos, e não muito distante do paciente;
- a quantidade de materiais e medicamentos, a ser estipulada, deverá obedecer a casuística do serviço, obedecendo as peculiaridades de cada local, de forma a permitir um atendimento rápido e seguro, sem que a falta dos mesmos venha prejudicar o atendimento;
- todo material e medicamento de consumo deverão ser discriminados e quantificados em uma relação (check-list), facilitando a conferência, que deverá ser realizada diariamente, a reposição deverá ser realizada após cada atendimento, ou no máximo, no final de cada plantão;

- Realização da SAE

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do enfermeiro que norteia as atividades de toda a equipe de Enfermagem, já que técnicos e auxiliares desempenham suas funções a partir da prescrição do enfermeiro.

A SAE é a organização e execução do processo de Enfermagem, com visão holística e é composta por etapas inter-relacionadas, segundo a Lei 7498 de 25/06/86 (Lei do Exercício Profissional). É a essência da prática da Enfermagem, instrumento e metodologia da profissão, e como tal ajuda o enfermeiro a tomar decisões, prever e avaliar conseqüências. Vislumbra o aperfeiçoamento da capacidade de solucionar problemas, tomar decisões e maximizar oportunidades e recursos formando hábitos de pensamento.

A SAE foi desenvolvida como método específico para aplicação da abordagem científica ou da solução de problemas na prática e para a sua aplicação enfermeiras e enfermeiros precisam entender e aplicar conceitos e teorias apropriados das ciências da Saúde, incluídas aí a própria Enfermagem, as ciências físicas, biológicas, comportamentais e humanas, além de desenvolver uma visão holística do ser humano. Esse conjunto de conhecimentos proporciona justificativas para tomadas de decisão, julgamentos, relacionamentos interpessoais e ações.

Constituído por entrevista e exame físico. A entrevista investiga a situação de saúde do cliente ou comunidade, identificando os problemas e necessidades passíveis de serem abordados nas intervenções de Enfermagem. O exame físico consiste nos 4 métodos propedêuticos: **INSPEÇÃO, PALPAÇÃO, PERCUSSÃO e AUSCULTA**, a chave para a realização de um exame físico eficiente é um sólido conhecimento teórico e habilidades técnicas apropriadas.

As diretrizes para elaboração do Histórico de Enfermagem são:

1. Usar prontuário para dados de identificação, motivo, condições de chegada e atendimento, entre outros, a fim de não se repetir a investigação;
2. É privativo do enfermeiro, devendo ser realizado na admissão.
3. É centrado nas alterações e condições de risco;
4. É assinado e leva o número do COREN;
5. Deve vir com a guia instrucional e faz parte do prontuário;
6. É feito com a autorização do cliente.

- PROPOSTA PARA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA

Considerando a reorganização da assistência, a missão das unidades de pronto atendimento nesse contexto, e a política de assistência farmacêutica, a ABEDESC compromete-se integralmente com a regulamentação nacional e suas repercussões para as urgências e emergências no âmbito municipal.

Para tanto, nossos profissionais e gestores seguirão a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) de 2008, publicado por meio da Portaria MS/GM n.º 1883, de 9 de setembro de 2008, bem como sua adequação municipal que aprovou a adoção da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) e que serão os instrumentos mestres para as ações de planejamento, seleção de medicamentos e de organização da assistência farmacêutica nas unidades de pronto atendimento gerenciadas pela ABEDESC.

Juntamente com o RENAME nossas equipes, em especial os prescritores utilizarão o Formulário Terapêutico Nacional como auxílio na escolha da melhor terapêutica. O Formulário Terapêutico Nacional (FTN) da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) de 2006 foi publicado por meio da Portaria MS/GM n.º 1883, de 9 de setembro de 2008.

Outro instrumento que poderá ser utilizado nas rotinas terapêuticas e de prescrição serão os Protocolos Clínicos e as Diretrizes Terapêuticas (PCDT-http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25315) que

padroniza o emprego do medicamento, estabelecendo claras condições de uso para os profissionais de saúde.

- Rotinas e Protocolos de medicamentos que serão implantados

Os medicamentos são produtos diferenciados de suma importância para a melhoria ou manutenção da qualidade de vida da população. A preservação da sua qualidade deve ser garantida desde sua fabricação até a dispensação ao paciente. Desta forma, as condições de estocagem, distribuição e transporte desempenham papel fundamental para a manutenção dos padrões de qualidade dos medicamentos. Assim é imprescindível que o ciclo logístico da Assistência Farmacêutica (aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação) tenha a qualidade e a racionalidade necessárias, de modo a disponibilizar medicamentos seguros e eficazes, no momento certo e nas quantidades adequadas.

Um dos componentes essenciais do sistema de fornecimento de medicamentos é a estocagem em setor bem localizado, bem construído, bem organizado, climatizado e seguro. Este pressuposto torna imprescindível o planejamento detalhado da montagem e funcionamento da farmácia da Unidade.

A Assistência Farmacêutica conceituada como "grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade", desempenha papel essencial para a saúde.

Esta estratégia visa oferecer diretrizes e procedimentos básicos que possam assegurar a qualidade e a segurança dos medicamentos estocados e distribuídos, dentro das dependências da unidade.

A unidade terá rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimento escritos, atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico. As rotinas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência, que contemplem desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos.

Será implantado o Prontuário Único do Usuário, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todos devidamente registrados de forma clara e precisa. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo de Prontuários Eletrônicos.

Assim, o item abaixo tratará da estruturação dos almoxarifados de medicamentos e produtos para a saúde quanto às instalações físicas, que são exigidas pelas Normas Técnicas vigentes.

Nos próximos itens também enfocaremos as boas práticas de armazenamento e distribuição, oferecendo diretrizes para que o almoxarifado cumpra bem a sua função de receber, estocar, guardar, conservar e controlar os medicamentos, garantindo a manutenção de seus padrões de qualidade.

Destacamos que a normatização sobre a estocagem de medicamentos é igualmente aplicável para os produtos para a saúde. Esperamos que as informações aqui contidas sejam úteis para a estruturação dos almoxarifados e que possam garantir a manutenção do padrão de qualidade dos medicamentos dispensados no âmbito do SUS municipal.

Será esboçado o sistema gerencial de informação com acesso informatizado que será implantado nos principais setores e serviços ligados a atividades assistenciais e de apoio.

– Manter e/ou adequar a estruturação de almoxarifados de medicamentos e de produtos para a saúde

Os almoxarifados precisam ser estruturados para desempenhar as atividades de:

- Recebimento;
- Estocagem e guarda;
- Conservação e
- Controle de estoque.

Dentro deste contexto, para o melhor desempenho de suas atribuições, o almoxarifado deve ser construído conforme as orientações que seguem.

- A localização do almoxarifado deve ser planejada, em função da logística de distribuição, ou seja, que o mesmo tenha localização estratégica em relação aos setores da unidade que serão abastecidos.
- A área física deverá ser projetada de acordo com a demanda de cada unidade.
- A estrutura física externa deve ter espaço suficiente para a manobra dos caminhões que farão a entrega dos produtos. Deve conter plataforma para carga e descarga, com altura correspondente à base da carroceria de um caminhão, o que corresponde a aproximadamente 100 cm. Esta área de carga e descarga deve ter cobertura, para evitar a incidência direta de luz sobre os produtos durante a descarga e, eventualmente, chuva.
- O local deve possuir rampas que permitam facilidade de locomoção dos carrinhos contendo os produtos e devem ser estabelecidos procedimentos especiais para o recebimento em dias chuvosos. As portas externas devem ser confeccionadas em aço e em tamanho adequado para a passagem de caminhões.

- A iluminação externa deve ser considerada como medida de segurança. O local também deve contar com serviço de segurança por 24 horas e deve apresentar bom estado de conservação: isento de rachaduras, pinturas descascadas, infiltrações, etc.
- Os arredores devem estar limpos e não devem existir fontes de poluição ou contaminação ambientais próximas.

- Manual de boas práticas de armazenamento e distribuição: recebimento, estocagem e transporte de Medicamentos.



Os medicamentos somente são eficazes se houver garantia de que, desde sua fabricação até a sua dispensação, sejam armazenados, transportados e manuseados em condições adequadas. Desta forma estarão preservadas a sua qualidade, eficácia e segurança.

As diretrizes de Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição aplicam-se a todas as atividades relacionadas à distribuição e armazenamento de produtos farmacêuticos nos almoxarifados visando à proteção da saúde da população.

Para melhor entendimento serão adotadas as seguintes definições:

Armazenamento: Conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recebimento, estocagem e guarda, conservação, segurança e controle de estoque.

Estocagem e guarda: estocar consiste em ordenar adequadamente os produtos em áreas apropriadas, de acordo com suas características e condições de conservação exigidas (termolábeis, psicofármacos, etc).

Embalagem: envoltório, recipiente ou qualquer forma de acondicionamento, removível ou não, destinado a cobrir, embalar, envasar, proteger ou manter os produtos farmacêuticos.

Produto farmacêutico: preparado que contém princípio(s) ativo(s) e os excipientes, formulados em uma forma farmacêutica e que passou por todas as fases de produção, acondicionamento, embalagem e rotulagem.

Lote: quantidade definida de um produto fabricado num ciclo de fabricação e cuja característica essencial é a homogeneidade.

Número do lote: qualquer combinação de números ou letras através da qual se pode rastrear a história completa da fabricação desse lote e de distribuição no mercado.

Área de ambiente controlado: sala onde a temperatura é mantida entre 15 e 30°C para estocagem de produtos cujo acondicionamento primário não os protege da umidade. A umidade deve ser mantida entre 40 e 70%.

Quente: qualquer temperatura entre 30 e 40°C.

Calor excessivo: qualquer temperatura acima de 40°C.

Resfriado: qualquer temperatura entre 8 e 15°C.

Frio: qualquer temperatura que não exceda a 8°C.

Refrigeração: lugar/espço frio no qual a temperatura é mantida, através de termostato, entre 2 a 8°C.

Congelado: temperatura mantida, através de termostato, entre -20 a -10°C.

Distribuição: atividade que consiste no suprimento de medicamentos aos setores da unidade, em quantidade, qualidade e tempo oportuno, para posterior dispensação à população usuária.

Recursos Humanos

Deve ter número suficiente de pessoal, com as qualificações e atribuições definidas de cada trabalhador.

A responsabilidade técnica do almoxarifado de medicamentos será assumida por um farmacêutico, que supervisionará e orientará as atividades da equipe de trabalho. Todo pessoal será capacitado em Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição.

Recebimento

Receber é ato que implica em conferência. No recebimento verificamos se os medicamentos que foram entregues estão em conformidade com os requisitos estabelecidos, quanto à especificação, quantidade e qualidade.

A área de recebimento deve ser separada da área de armazenamento. O pessoal deve ser treinado para esta finalidade: No ato do recebimento, cada entrada deve ser examinada quanto à documentação:

Conferir a Nota Fiscal, Ordem de Fornecimento/Empenho ou Nota de Transferência;
Carimbar e assinar o verso da Nota Fiscal;

A apresentação, o número do lote e a quantidade devem estar de acordo com o edital de especificação;

Não escrever ou rasurar o documento original;

O medicamento adquirido pela OS deverá ter o laudo de qualidade conferido;

Os medicamentos deverão ter a inscrição "PROIBIDA A VENDA PELO COMÉRCIO";

O medicamento deverá ser entregue com prazo mínimo de 2/3 (dois terços) da expiração da validade;

Os medicamentos em desacordo com as especificações solicitadas no edital (forma farmacêutica, apresentação, concentração, rótulo, embalagem, condições de conservação, lote, validade) não devem ser recebidos. A Nota Fiscal deverá ser bloqueada até a resolução do problema;

No caso de se constatar danos na embalagem ou alteração do produto, o mesmo deve ser identificado, separado e devolvido ao remetente com comunicação por escrito;

Embalagens violadas ou suspeitas de qualquer contaminação devem ser rejeitadas e registradas.

Inspecionar visualmente os produtos farmacêuticos para verificar sua integridade;
Assinar o canhoto da Nota Fiscal e devolvê-la ao entregador;

Encaminhar a Nota Fiscal, conforme orientação, no prazo máximo de 3 dias úteis;
Registrar qualquer irregularidade e comunicá-la ao superior imediato, conforme as orientações;

Assinar e datar todas as notificações;

Arquivar os formulários de recebimento e cópia de notificações;

Não receber nenhum produto sem documentação;

Estocagem

O espaço deve ser planejado antes do recebimento. Os medicamentos serão armazenados somente após o recebimento oficial, de acordo com as instruções contidas neste manual.

A estocagem também deve observar as orientações fornecidas pelo fabricante. Devem ser estocados sobre estrados, prateleiras, em local que não receba a luz direta do sol. Os medicamentos sujeitos a Controle Especial devem seguir a legislação e devem ser estocados em locais próprios.

- Os produtos termolábeis devem ser estocados no refrigerador, com controle de temperatura;
- Ordenar os produtos conforme nome genérico, lote e validade;
- Afixar em local visível o nome do produto, nº do lote, prazo de validade. Se houver recebimento de dois lotes diferentes do mesmo produto, identificar e estocar separadamente;
- Não estocar medicamentos diferentes no mesmo estrado ou prateleira, assim, evitam-se possíveis trocas na hora da expedição;
- Materiais passíveis de quebra (frascos, ampolas) devem ser guardados em local menos exposto a acidentes;
- Estocar rigorosamente por lote e por prazo de validade. Os medicamentos com datas de validade mais próximas deverão ficar à frente, para que sejam distribuídos primeiramente;
- Manter distância entre os produtos, paredes, tetos e empilhamentos para facilitar a circulação do ar;

- Conservar os medicamentos nas embalagens originais e proteger da luminosidade;
- Não colocar diretamente sobre o chão;
- Não misturar com produtos de outra natureza (por exemplo, material de limpeza);
- Manter próximos da área de expedição aqueles com maior rotatividade;
- Evitar colocar peso ou empilhar demasiadamente, não arremessar as caixas, manusear adequadamente para manter as características originais.

Armazenamento de medicamentos termolábeis

Os almoxarifados devem dispor de câmaras frias, refrigeradores com temperatura controlada entre 2 e 8°C, com registro diário. A estocagem deve ser feita separadamente, por lote e prazo de validade, com registro de todas as retiradas.

As retiradas devem ser programadas visando diminuir as variações internas de temperatura. Os refrigeradores devem ser mantidos limpos e arrumados, e devem ser utilizados somente para medicamentos. Não devem ser acondicionados alimentos e nem bebidas.

Estocagem de medicamentos sob controle especial

A área de estocagem deve ser considerada de segurança máxima, com acesso apenas a pessoas autorizadas. As entradas e saídas dos medicamentos devem ser registradas em livros próprios, de acordo com a legislação específica, sob controle e responsabilidade do farmacêutico.

Estabilidade dos medicamentos

Os medicamentos são constituídos de fármacos com ação no organismo e para que se obtenha o máximo de benefícios desejados e o mínimo de efeitos adversos, o medicamento deve manter as características para o uso preservadas.

Devolução

Registrar todas as devoluções, quantidade, lote, prazo de validade, procedência e motivos. Verificar os aspectos da embalagem originais que devem estar em boas condições.

Quando se tratar de termolábil ou psicotrópico, os cuidados devem ser especiais para a reintegração ao estoque.

Reclamações

Em caso de queixas técnicas ou observação de reações adversas a medicamentos, os produtos devem ser separados imediatamente. Deve ser feito registro e comunicação imediata, por escrito, para todas as unidades que receberam o lote.

Recolhimento

Quando houver orientação para recolhimento, efetuar imediatamente e encaminhar para o órgão solicitante, devidamente identificado, com nome, lote e quantidades.

Descarte

O descarte, por motivos justificados, deve seguir as orientações do fabricante e dos órgãos públicos responsáveis por estas questões, considerando a proteção ambiental.

Os produtos farmacêuticos (medicamentos vencidos, contaminados, interditados ou não utilizados) são resíduos que apresentam risco potencial à saúde pública e ao meio ambiente devido às suas características químicas.

Em publicação no D.O.U. de 05/03/2003, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), estabeleceu através da R.D.C. 33/03 o regulamento técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

Pela proposta da ANVISA, os resíduos químicos são classificados em 8 subgrupos. Os medicamentos estão enquadrados nos três primeiros grupos:

- Resíduos de medicamentos e insumos farmacêuticos quando vencidos, contaminados, apreendidos para descarte, parcialmente utilizados e demais medicamentos impróprios para consumo que oferecem risco;

- Mesma referência anterior, mas para medicamentos ou insumos farmacêuticos que, em função de seu princípio ativo e forma farmacêutica, não oferecem risco e,

- Resíduos ou insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela portaria MS 344/98 e suas atualizações.

- PROPOSTA PARA ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE APOIO**- ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR****1- INTRODUÇÃO**

A prevenção e o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde exigem a aplicação sistemática de medidas técnicas e administrativas, orientadas por informações obtidas por meio de sistemas de vigilância epidemiológica e de monitoramento de indicadores de processos.

A responsabilidade pela aplicação dessa medida é, principalmente, das gerências e das equipes locais, com o auxílio do SCIH, sendo que o seu planejamento está a cargo do SCIH e da CCIH, que elaboram anualmente o **Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH)** do Hospital.

O PCIH deve considerar as ações permanentes, geralmente definidas em legislação e normas técnicas sobre o controle de infecção hospitalar, e as ações temporárias, frutos do planejamento estratégico, da análise periódica das informações da vigilância epidemiológica ou da necessidade evidente de solucionar certas situações.

2 – Base Conceitual Legal

A lei nº 9.431/97, no art. 1º, inicia indicando aos hospitais a necessidade de um Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), e no § 2º, definindo infecção hospitalar como *qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em hospital e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização.*

O programa de controle de infecções hospitalares (§ 1º) é *o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.*

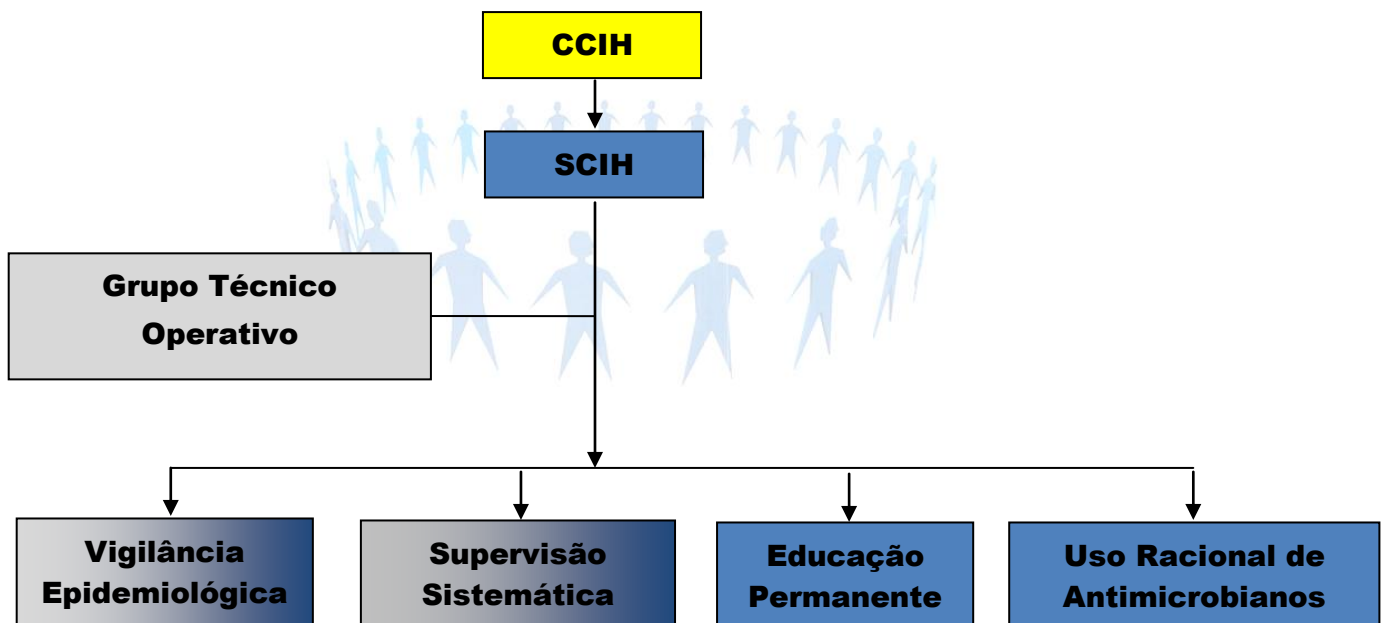
E o art. 2º, objetivando a adequada execução do programa, obriga os hospitais a constituir Comissão de Controle de Infecções Hospitalares. A Resolução RDC nº 48/2000, por sua vez, aprova o Roteiro de Inspeção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar, e no seu Anexo fornece as definições complementares. A citada resolução considera imprescindível a existência de um programa formal de prevenção e controle das infecções hospitalares.

3 – Estruturação e funcionamento do Controle de Infecção Hospitalar

A Atuação do Controle de Infecção Hospitalar na UPA se baseia no estabelecimento de um pacto entre as coordenações e lideranças técnicas das unidades e o SCIH, constituindo um Grupo Técnico Operativo, que irá desenvolver um modelo de controle de infecção relacionada á assistência a saúde com uma maior participação dos diversos colaboradores técnicos.

O Grupo Técnico Operativo, juntamente com a CCIH e SCIH irá desenvolver as atividades de vigilância, educação permanente, supervisão sistemática de processos e procedimentos e uso racional de antimicrobianos, buscando atingir as metas e cronogramas pactuados entre as diversas unidades da UPA.

Fluxograma estrutural de funcionamento do Controle de Infecção Hospitalar:



4 – Operacionalização do Controle de Infecção Hospitalar

A operacionalização do Controle de Infecção Hospitalar será baseada em quatro grandes grupos, interligados entre si de forma a aumentar a interação de processos e participação mais ativa das diversas unidades em conjunto com o SCIH no Controle das Infecções. Os quatro grupos são:

- Vigilância Epidemiológica
- Supervisão Sistemática de Processos e Procedimentos
- Educação Permanente
- Uso Racional de Antimicrobianos

5 – Vigilância Epidemiológica

Vigilância de infecção hospitalar é a observação sistemática e ativa da ocorrência e distribuição da infecção na população de paciente internados e dos eventos ou condições que aumentam ou diminuem o risco de sua ocorrência.

A coleta de dados, consolidação, análise e divulgação dos mesmos servem de base para estabelecer os níveis endêmicos, identificação de surtos, sensibilização dos profissionais de saúde e administradores sobre a necessidade do controle de infecção e avaliação das medidas implantadas.

A coleta de dados, consolidação, divulgação e análise dos indicadores serão de responsabilidade do SCIH juntamente com as respectivas unidades, que irão propor medidas de controle e prevenção das infecções relacionadas à assistência a saúde. O objetivo é identificar, notificar, investigar e atuar na ocorrência de casos de infecções relacionadas à assistência a saúde ocorridos na instituição, bem como mitigar o risco.

6 - Supervisão Sistemática

Sendo a supervisão sistemática um dos pilares do PCIH, vemos a necessidade de um monitoramento dos indicadores de processo norteando ações de gestão e de educação com o objetivo de aumentar a adesão às normas e recomendações técnicas. Dentro da perspectiva de evolução dos trabalhos das equipes operativa de gestores, em 2013, devem ser desenvolvidos projetos de avaliação de processos e procedimentos de maior interesse para os objetivos do CIH.

Além das atribuições definidas na Lei do Exercício Profissional (Ex. CRM, COREN e CRF).

O SCIH realiza visitas técnicas nas unidades onde estão internados os pacientes ou com maior risco de infecção relacionadas à assistência a saúde, além de atender a livre demanda das outras unidades de internação, serviços de propedêutica e de apoio.

Nesta visita são avaliados os aspectos relacionados à área física, ao fluxo de pessoas e materiais, adesão dos profissionais às medidas de prevenção e controle de infecção e biossegurança.

7 – Educação Permanente

O desenvolvimento regular e sistemático de atividades educativas, visando mudanças no processo de trabalho para a qualidade e o aperfeiçoamento contínuo

da equipe de saúde, dentro de um Programa de Educação Permanente, é uma atribuição das gerências setoriais.

O SCIH, em trabalho coordenado com o NEP, auxilia o desenvolvimento dessas atividades junto às Chefias Médicas, Supervisores de Enfermagem e Chefes de Setores, oferecendo o Treinamento em Controle de Infecção Hospitalar.

Este treinamento, voltado para o nível médio ou superior, é aplicado setorialmente, em pequenas equipes e é dividido em dois blocos:

1. Básico: precauções anti-infecciosas universais ou básicas (limpeza das mãos, barreiras técnicas, biossegurança) e precauções adicionais ou isolamento hospitalar.

Este bloco constitui o treinamento mínimo obrigatório que todos os setores envolvidos com a assistência ao paciente devem desenvolver. O programa de educação permanente de cada unidade ou setor deve prevê-lo em seu cronograma e ele é aplicado em parceria envolvendo as equipes locais, o SCIH e o NEP.

2. Específico: Este bloco é realizado de acordo com a necessidade de cada setor/equipe, e o levantamento dessa necessidade é avaliado através das visitas técnicas, visitas multidisciplinares, análise crítica e análise de indicadores. O mesmo também é desenvolvido conforme o programa de educação permanente de cada unidade ou setor e adquire maior efetividade quando sustentado pela equipe técnica operativa. Nesta situação, além do treinamento, são planejados conjuntamente os processos de atualização de normas e rotinas, de avaliação e de supervisão sistemática.

- ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SEGURANÇA

O Serviço de Segurança e Zeladoria compreende as funções de acolhimento, de orientação de fluxos dos usuários, o controle do acesso em todas as entradas e saídas do hospital, assim como a preservação do equipamento predial e patrimonial dos diversos equipamentos.

É parte intrínseca dos trabalhadores que auxiliam a implantação das diretrizes da política de humanização. Esta área deve ser vista como gestora condominial.

Nesta área está incluído todo o sistema de segurança patrimonial e de controles dos bens.

NORMAS GERAIS

- Uso do Crachá: É obrigatória a entrada e circulação dos colaboradores devidamente identificados com seus crachás, na falta do mesmo solicitar um provisório na portaria;

- Acesso a UPA DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO: Não é permitida a entrada de amigos ou familiares de funcionários. Assuntos particulares devem ser tratados fora da instituição;

- Todos os acessos a UPA DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO são controlados e registrados pelos colaboradores da unidade de portaria e vigilância.

- Achados e Perdidos: Encaminhar a portaria qualquer objeto encontrado por mais insignificante que seja;

- Pessoas não Identificadas: Avisar imediatamente a portaria sobre a circulação de pessoas sem identificação dentro das dependências internas da unidade;

- Saída de Materiais e Equipamentos

- Toda entrada ou saída de equipamentos para manutenção deve ser via almoxarifado, através de impresso próprio.

- Para entrada de qualquer tipo de material ou equipamentos com o colaborador, deverá este ter sido autorizado por escrito pela diretoria e seguir rotina de registro de material.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES:**Atendimento ao Público**

- Recepcionar e orientar o usuário na utilização dos serviços prestados pela instituição;

- Recepcionar e registrar visitantes, acompanhantes e prestadores de serviço, identificando-os e orientando-os de acordo com rotinas e normas da instituição;
- Observar todos e tudo que entra e sai pelos principais acessos da instituição;
- Aplicar protocolos de controle de entrada e saída de materiais e equipamentos;
- Controlar acesso na entrada e saída de colaboradores, orientando quanto o porte de pertences e ao uso obrigatório da identificação (crachá funcional);
- Identificar as pessoas e situações suspeitas dentro do recinto em que servir;
- Aplicar protocolos de controle de acesso ao estacionamento de forma segura e organizada;
- Atender de forma cordial e receptiva, agindo preventivamente nas possíveis situações de conflito;
- Acompanhar processos de altas de pacientes em interface com a enfermagem;
- Acionar o líder diante de qualquer situação adversa ou em caso de dúvida nos processos operacionais e administrativos;
- Atender as normas de condutas operacionais e comportamentais da unidade;
- Preencher corretamente e de forma legível os impressos de controles e registros internos

- Controles de chaves da instituição;

- Organizar e disponibilizar chaves aos colaboradores autorizados durante período de serviço, protocolando retirada e devolução e de acordo com normas de segurança.

Vigilância externa;

- Segurança Perimetral;
- Câmera para área externa
- Sensores de Alarme Ativo para área externa quatro feixe
- Ronda por profissional de Segurança (supervisão).

- Carga e descarga

- Recepcionar cliente e verificar qual o setor de entrega, fazer contato com o setor e após autorização registrar dados em planilha, identificar e encaminhá-lo em caso de setor interno;
- Recepcionar cliente e em caso de prestação de serviço, fazer contato com setor solicitado e após autorização registrar, identificar e encaminhá-lo ao setor de destino.

Principais Rotinas:

- Registro e identificação de prestador de serviço;
- Registro e identificação de retirada de Equipamento;
- Registro e identificação de retirada de (resíduo, funerária, entregas etc...).
- Impedir o acesso de pessoas e veículos não autorizados na área interna do prédio;
- Controlar o fluxo de entrada e saída de veículos, a fim de evitar colisões.
- Informar a chefia imediata caso houver alguma ocorrências;
- Estar atentos ao fluxo de funcionários;
- Impedir que pessoas sem identificação tenham acesso a área interna do ambulatório;
- É obrigatório a entrada e circulação dos colaboradores devidamente identificados com seus crachás, na falta do mesmo solicitar um provisório na unidade de portaria;

Conduta Comportamental - Apresentação Pessoal**Mulheres:**

- Cabelos devidamente presos;
- Maquiagem Leve;
- Acessórios discretos (brincos, pulseiras, cintos e etc.)
- Unhas limpas, aparadas e esmalte claro.
- Vestimentas adequadas, não sendo curtas e decotadas.
- Objetos pessoais armazenados somente na Necessier.

Homens:

- Manter os cabelos curtos, aparados e penteados;
- Barba sempre feita;
- Uniforme limpo, passado, alinhado, manter sapatos engraxados;
- Somente utilizar uniforme padrão fornecido pela empresa;

Postura:

- Não encostar, não cruzar os braços, não colocar as mão no bolso;
- Não utilizar celular durante horário de serviço;
- Não mascar chiclete / goma;
- Não colocar os pés na parede;
- Não debruçar nos balcões;
- Não ficar de cabeça baixa;
- Revistas, livros e similares são proibidos nos postos;

- Não fazer uso de aparelhos eletrônicos no posto (MP 3, Walkmans etc);
- Não portar o HT nos bolsos por questão de estética;
- Evitar intimidades com colaboradores em geral;
- Não fumar em horário de expediente;
- Não abandonar o posto de serviço sem autorização da Coordenação;
- Não alimentar-se nos postos, utilize as copas (somente nos horários liberados pela Coordenação);

Comunicação:

- Utilizar os ramais de forma rápida e objetiva (somente para fins profissionais);
- Seja educado, cordial, gentil;
- Utilize frases como: (bom dia, senhor, senhora, posso ajudar etc.);
- Ao atender ao telefone diga sempre seu nome setor e saudação. EX: Portaria Leandro bom dia;
- Evite palavras que indique duvida (não sei, eu acho, talvez, acho que sim, pode ser);
- Diga para aguardar que ira verificar;
- Não julgue ou faça comentários pessoais de outros colaboradores e clientes tais como: aparência física, vestimenta, etc;
- Não tomar atitudes baseadas nas informações de terceiros, verifique a fonte;

Abordagem:

- Saiba ouvir, espere o cliente concluir o raciocínio para informá-lo da melhor forma possível;
- Não encostar as mãos nos clientes;
- Não acatar ordens e determinações de colaboradores de outras unidades, verifique antes com a coordenação;

- ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE LAVANDERIA / ROUPARIA

A lavanderia é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todas as unidades do serviço.

Descrição do Fluxo da Rouparia

O Setor de Rouparia tem como finalidade suprir as necessidades básicas de enxoval das diversas unidades do hospital ao nível de sua competência visando sempre à satisfação dos clientes internos e externos.

Compete ao Setor Rouparia, a coleta, recepção, Separação, pesagem, identificação, acompanhar e validar os relatórios de baixa, repouso, distribuição, atendimento a solicitações extraordinárias, lançar os dados em sistema informatizado, controlar estoque de uniformes e efetuar outras demandas de costura.

Processamento Geral das Roupas:

O processamento da roupa consiste em todos os passos requeridos para a coleta, transporte e separação da roupa suja, bem como aqueles relacionados ao processo de lavagem, secagem, calandragem, armazenamento e distribuição.

Acondicionamento e Remoção da Roupa Suja da Unidade Geradora:

O Acondicionamento da roupa suja na unidade geradora tem como objetivo guardar a roupa em local adequado, imediatamente após o uso, até o recolhimento e transporte para a lavanderia visando à proteção da equipe de saúde e dos pacientes.

Os sacos dos hampers devem ser de uso único, com cor diferente dos sacos de resíduos para evitar destinos errados de ambos;

A retirada da roupa suja da unidade geradora (onde foram utilizadas), deve haver o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções padrão independente da sua origem ou do paciente que a usou. Isso ajuda a prevenir acidentes e dispersão de microrganismos para o ambiente, trabalhadores e pacientes.

Coleta e Transporte da Roupa Suja:

A coleta da roupa suja deve ser realizada em horários preestabelecidos, devendo permanecer o menor tempo possível na unidade geradora.

O funcionário que realiza a coleta e o transporte da roupa suja deve estar devidamente paramentado com todos os EPI indicados para tal atividade (capote, bota, gorro, máscara, óculos e luvas).

A roupa suja deve ser transportada de tal forma que seu conteúdo não contamine o ambiente ou o trabalhador que a manuseia. Deverá ser coletada no próprio saco do hamper, fechando-o adequadamente para impedir abertura durante o transporte (deixar um saco novo no lugar);

O Carro de transporte deve ser exclusivo para esse fim, identificado e com tampa, não excedendo a capacidade do mesmo, permitindo assim o fechamento total da tampa.

Processamento da Roupa na Área Suja (Pesagem, Separação e Classificação):

Na área suja da Lavanderia, a roupa é classificada antes de iniciar o processo de lavagem, mantendo a recomendação de realizar o mínimo de agitação e manuseio das roupas. O trabalhador da área suja deve tomar banho e trocar de roupa ao término do trabalho.

- **Pesagem:** Após a pesagem de cada hamper por unidade, o colaborador acondiciona todos os sacos de hamper, para que a lavanderia terceirizada possa retirá-los para o processo de separação.

Ao pesar o colaborador deve anotar e registrar no formulário específico do setor, todo o controle de pesagem de roupa suja/ contaminada;

Depois estes pesos são lançados por unidade, diariamente em um livro ata do setor e lançados sistema informatizado de gestão, ou no livro de controle. Lançando o setor e o quilo de roupa suja retirada na unidade, anota-se o nº. gerado da transação no livro Ata. Todas as coletas do dia são lançadas no mesmo nº. de transação gerada na 1ª coleta do dia que entende-se do horário das 09 hrs.

O colaborador deverá estar atento e comunicar qualquer acidente que venha a ocorrer durante o processo de pesagem.

- **Separação e Classificação:** A separação deverá ser realizada para retirar os objetos que possa interferir nos processos de lavagem e que acompanham as roupas nos sacos de hampers (objetos sólidos, instrumentais, etc), bem como proceder a Classificação, agrupando as roupas que podem ser lavadas em conjunto.

Na separação, as peças de roupa devem ser cuidadosamente abertas, puxando-as pelas pontas sem apertar, para a verificação e retirada de objetos estranhos, como instrumentais, artigos perfurocortantes, outros resíduos sólidos.

A roupa é classificada de acordo com o grau de sujidade, tipo de tecido e cor. A roupa deverá ser classificada em dois grupos de acordo com Grau de sujidade (Sujidade Pesada: roupa com sangue, fezes, vômitos e outras sujidades; Sujidade leve: roupas sem presença de fluídos corpóreos, sangue e/ou produtos químicos).

Descarregar sacos sujos na área crítica - Na área de recepção da rouparia, a roupa é retirada pela terceirizada obedecendo as normas específicas

- Processamento na rouparia

A rouparia é um elemento da área física, complementar à área limpa, e centraliza o movimento de toda roupa do hospital. A centralização em um único local permite um controle eficiente da roupa limpa, do estoque e sua distribuição adequada, em quantidade e qualidade, às diversas unidades do hospital. É na rouparia que se faz a estocagem (repouso) da roupa, distribuição e costura, incluindo conserto, baixa e reaproveitamento.

a) Estocagem - mantém para reposição e emergência, tanto roupa em rotatividade como em estoque de reserva.

b) Distribuição de roupa limpa - A distribuição da roupa limpa é feita de acordo com as requisições emitidas pela chefia de cada unidade. O transporte é realizado em carrinhos limpos, desinfetados e com tampa, evitando o risco de recontaminação da roupa antes de chegar aos locais de destino.

Um outro sistema de distribuição de roupa para as unidades é o chamado troca de cota ou troca de carro. Neste sistema, diariamente, a rouparia entrega um carro contendo a cota fixa de roupa de cada unidade e retira o carro do dia anterior, esteja ele vazio ou não. Em qualquer sistema de distribuição, a reserva de roupa deve ser restrita a cada plantão.

A maior parte de troca de roupa, na unidade de internação, ocorre nas primeiras horas da manhã, portanto, a entrega incerta ou impontual prejudica consideravelmente o trabalho da enfermagem.

c) Costura - as peças de roupa danificadas, aproveitáveis, são reparadas e recolocadas em uso. O conserto precoce amplia a vida útil da roupa.

As peças danificadas não aproveitáveis recebem baixa no estoque, porém algumas podem ser transformadas em outras peças úteis, como por exemplo uma toalha

estragada que pode ser transformada em luvas de banho, um lençol de adulto em lençol de criança, ou outras. Após o conserto, a roupa volta a ser lavada.

Responsabilidades da Equipe de Enfermagem com o Enxoval:

- Colocar roupas sujas no hamper usando até 80% da capacidade do mesmo, possibilitando que o saco seja amarrado para o transporte;
- Colocar dois hampers em locais que a produção de roupa suja é muito grande, evitando ultrapassar a capacidade de acondicionamento do hamper;
- Não deixar roupa suja no chão, colocando-as imediatamente no hamper após o uso;
- Não é necessário acondicionamento diferente para roupas sujas de enfermarias de isolamentos (não existe diferença entre o nível de contaminação de roupas provenientes de pacientes de isolamento ou de enfermarias comum);
- O recolhimento das roupas nas enfermarias é feito pelo funcionário da lavanderia: a coleta é realizada de hora em hora ou solicitar sempre que necessário;
- O funcionário da lavanderia identifica os sacos dos hamper com o objetivo de identificar problemas setoriais com o manejo das roupas, devolver objetos de valor quando encontrado, verificar a quantidade de roupa necessária para aquele setor;
** A rotina de identificação dos hampers de acordo com a unidade geradora objetiva levantar os problemas relacionados ao acondicionamento, e não ao controle de infecção hospitalar.*
- Roupas com contaminação excessiva de conteúdo que pode vazar , devem ser colocadas em sacos plásticos antes de serem desprezadas nos hampers, para evitar contaminação do ambiente;
- A distribuição das roupas é feita de acordo com a disponibilidade de enxoval e necessidade do setor a partir do levantamento da quantidade de pacientes internados; Não ocorre em horário fixo e sim a partir da disponibilidade de roupas limpas, portanto deverá ser solicitado sempre que necessário;
- A roupa limpa não deve ser transportada manualmente, pois poderá ser contaminada com microrganismos presente nas mãos ou roupas dos profissionais.
- O controle das roupas é realizado através da conferência rigorosa da quantidade distribuída e coletadas nas unidades do ambulatório ; É necessário anotar em uma planilha a quantidade de peças deixadas em cada unidade, para possibilitar o controle de estoque;

- A estocagem de grande quantidade de roupa limpa nas unidades de serviço aumenta o risco de contaminação, demanda maior de estoque e dificulta o controle da roupa;
- Roupa limpa deverá ser armazenada em local próprio e adequado em cada setor, a fim de evitar contaminação das mesmas;
- No momento da alta um funcionário da enfermagem deverá recolher e conferir as roupas que o paciente estava usando.

- ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO

Este serviço é responsável pela higienização de todas as áreas que compõem a UPA DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO, bem como a manutenção da área externa, de acordo com a legislação sanitária vigente. Inclui o fornecimento do enxoval completo a serem utilizados pelos funcionários na execução de seus procedimentos como lençóis, cobertores, fronhas, forros, sacos para *hamper*, campos, compressas, aventais, roupas privativas, camisolas, pijamas, entre outros.

Irà atuar com metodologia de controle de qualidade com certificação da cadeia de insumos do produtor/fornecedor, com rastreabilidade das etapas e dos processos.

Irà executar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) próprio do hospital em consonância com a RDC 306/04, sendo este em conjunto com a Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

Do Serviço

O ambiente em serviços de saúde pode contribuir para a ocorrência de infecções hospitalares, pois as superfícies acumulam microrganismos, inclusive multirresistentes.

Quando as mãos dos profissionais, os instrumentos ou outros produtos entram em contato com estas superfícies podem contaminar-se e levar tais microrganismos para os pacientes.

Assim, a higiene das mãos dos profissionais de saúde e a limpeza e desinfecção das superfícies são fundamentais para a prevenção e redução das infecções hospitalares.

Objetivo

Serviços de Higienização nas dependências das unidades, com utilização das melhores práticas consagradas pela literatura de Controle de Infecção.

Este trabalho deverá ser desenvolvido pela equipe da Unidade, dentro dos melhores padrões e técnicas, com detalhamento, clareza e objetividade, buscando-se:

- Garantir o conforto e bem estar;
- Redução dos riscos de contaminação;
- Conservação de superfícies;
- Uso racional de materiais e produtos;
- Realização de limpeza concorrente com frequências específicas para áreas críticas, semi-críticas e não-críticas;
- Limpeza terminal completa, englobando todo o ambiente e todas as suas superfícies externas e internas.

Ao final dos trabalhos, espera-se ter todos os ambientes da Unidade com garantia de conforto e bem estar, além da redução de riscos de contaminação.

Serviços a Serem Prestados

Os objetivos serão alcançados mediante a prestação de serviços que contemplam descontaminação, desinfecção e limpeza.

- Descontaminação: Tem a finalidade de eliminar total ou parcialmente a carga microbiana de superfícies, tornando-as aptas para o manuseio seguro.
- Desinfecção: Tem a finalidade de destruir os microorganismos na forma vegetativa, existentes em superfícies inertes, mediante aplicação de agentes.
- Limpeza: Tem a finalidade de remover a sujidade por meio de um processo mecânico, diminuindo, assim, a população microbiana no ambiente.

Qualificação

Exige-se da Gerência responsável pelo desenvolvimento do trabalho, comprovada experiência em serviços na área de características e complexidade semelhantes aos que serão realizados.

Em função de disposição contida nas Diretrizes vigentes para Seleção e Contratação de funcionários e, ainda, de eventuais recomendações da municipalidade, serão consideradas as propostas que venham a ser apresentadas para a realização dos serviços.

Será reservado o direito de solicitar a substituição de quaisquer integrantes da equipe do Serviço de Higienização, caso entenda-se não estarem correspondendo ao desempenho e comportamento esperados para o adequado desenvolvimento do trabalho. A substituição deverá ser efetuada no menor prazo possível, uma vez que não deverá acarretar em descumprimento do Programa de Trabalho.

Classificação das áreas

1. Áreas Críticas: Ambientes onde há risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos.

2. Áreas Semicríticas: Todos os compartimentos ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas.

3. Áreas Não-críticas: São todos os demais compartimentos dos estabelecimentos assistenciais de saúde não ocupados por pacientes e onde não se realizam procedimentos de risco.

Objetivos, finalidades e princípios gerais

O que é o Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde?

É a limpeza, desinfecção e conservação das superfícies fixas e equipamentos permanentes das diferentes áreas. Tem a finalidade de preparar o ambiente para suas atividades, mantendo a ordem e conservando equipamentos e instalações, evitando principalmente a disseminação de microrganismos responsáveis pelas infecções relacionadas à assistência à saúde.

O que são superfícies em Serviços de Saúde?

São os mobiliários, pisos, paredes, divisórias, portas e maçanetas, tetos, janelas, equipamentos para a saúde, bancadas, pias, macas, suporte para soro, balança, computadores, instalações sanitárias, grades de aparelho de condicionador de ar, ventilador, exaustor, luminárias, bebedouro, aparelho telefônico e outros.

Princípios Gerais para a Limpeza e Desinfecção

- Proceder à frequente higienização das mãos.
- Não utilizar adornos (anéis, pulseiras, relógios, colares, piercing, brincos) durante o período de trabalho.
- Manter os cabelos presos e arrumados e unhas limpas, aparadas e sem esmalte.
- Os profissionais do sexo masculino devem manter os cabelos curtos e barba feita.
- O uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) deve ser apropriado para a atividade a ser exercida.
- Nunca varrer superfícies a seco, pois esse ato favorece a dispersão de microrganismos que são veiculados pelas partículas de pó. Utilizar a varredura úmida.
- Para a limpeza de pisos, devem ser seguidas as técnicas de varredura úmida, ensaboar, enxaguar e secar.
- O uso de desinfetantes fica reservado apenas para as superfícies que contenham matéria orgânica ou indicação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

- Deve-se utilizar um sistema compatível entre equipamento e produto de limpeza e desinfecção de superfícies (apresentação do produto, diluição e aplicação).
- O profissional de limpeza sempre deverá certificar se os produtos de higiene, como sabonete e papel toalha e outros são suficientes para atender às necessidades do setor.
- Cada setor deverá ter a quantidade necessária de equipamentos e materiais para limpeza e desinfecção de superfícies.
- Para pacientes em isolamento de contato, recomenda-se exclusividade no kit de limpeza e desinfecção de superfícies. Utilizar, preferencialmente, pano de limpeza descartável.
- O sucesso das atividades de limpeza e desinfecção de superfícies depende da garantia e disponibilização de panos ou MOPs alvejados e limpeza das soluções dos baldes, bem como de todos os equipamentos de trabalho.
- Os panos de limpeza de piso e panos de mobília devem ser lavados na lavanderia.
- Os discos das enceradeiras devem ser descartados após o uso.
- Todos os equipamentos deverão ser limpos a cada término da jornada de trabalho.
- Sempre sinalizar os corredores, deixando um lado livre para o trânsito de pessoal, enquanto se procede à limpeza do outro lado. Utilizar placas sinalizadoras e manter os materiais organizados, a fim de evitar acidentes e poluição visual.

Atribuições do profissional de Limpeza e Desinfecção

- Zelar por equipamentos e materiais do serviço durante e após sua utilização, obedecendo às regras de utilização, limpeza ou desinfecção, de acordo com a necessidade e guardar em local designado após a utilização.
- Notificar defeitos ou extravios de equipamentos e materiais.
- Notificar danos em mobiliário, acessórios, instalações e revestimentos que necessitem de reparo ou substituição.
- Realizar a limpeza de materiais e equipamentos após sua utilização, em salas próprias designadas na instituição para esse fim.
- Utilizar racionalmente recursos como água e energia, evitando desperdícios e colaborando com programas internos de preservação ambiental e responsabilidade social.
- Segregar produtos poluidores como pilhas, baterias, lâmpadas fluorescentes e outros, em recipientes próprios pré-designados no PGRSS da instituição, quando

esses não estiverem sido acondicionados pelo gerador em local apropriado. Posteriormente, encaminhar ao setor de manutenção ou conforme PGRSS da instituição.

- Utilizar somente produtos saneantes padronizados, na concentração e tempo recomendados pelo fabricante e SCIH.
- Utilizar somente produtos que estejam em embalagens rotuladas e dentro do prazo de validade.
- Utilizar rotineiramente sabão ou detergente para os processos de limpeza de superfícies, sendo os desinfetantes restritos às situações específicas como, por exemplo, presença de matéria orgânica e microrganismos multirresistentes.
- Não misturar produtos saneantes, exceto quando indicado pelo fabricante, pois essas misturas podem ser perigosas quando inaladas, causam danos ao meio ambiente e seus princípios ativos podem ser neutralizados e inativados. Preparar soluções somente para uso imediato, evitando armazenamento por longos períodos.
- Recolher sacos de resíduos dos recipientes próprios quando 80% de sua capacidade estiverem preenchidos ou sempre que necessário, evitando coroamento ou transborde. Nesse caso, uma frequência de recolhimento deve ser estabelecida, de acordo com o volume gerado em cada unidade.
- Transportar os resíduos recolhidos em carros próprios, mantendo a tampa fechada sem que haja coroamento, não sendo permitido que os sacos encostem-se ao corpo do profissional ou que sejam arrastados.
- Comunicar ao líder do serviço as interferências ou questionamentos de outros profissionais nas rotinas realizadas.
- Realizar a limpeza e a desinfecção da superfície do ambiente que contenham matéria orgânica.
- Realizar as limpezas concorrentes, terminal e imediata de áreas internas e externas pertencentes ao serviço de saúde em questão, que estejam sob responsabilidade do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde.

Equipamentos de Segurança

As medidas de prevenção para a exposição a sangue e fluidos corpóreos e/ou a patógenos respiratórios é essencialmente prevenida por meio da prática de medidas de precaução, incluindo cuidados com material perfurocortante, EPI e EPC.

Os EPI devem ser utilizados pelos profissionais, durante a execução de procedimentos que possam provocar contaminação da roupa com sangue e fluidos corpóreos ou por patógenos que se transmitem por contato. A instituição é

responsável pelo fornecimento de EPIs apropriados e em quantidade suficiente aos profissionais do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde.

Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Uniforme

EPI é todo dispositivo de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado a prevenir riscos que podem ameaçar a segurança e a saúde.

1. Luvas de borracha

Devem ser utilizadas por todo profissional durante execução de procedimentos de limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde. Devem ser confeccionadas com material resistente e possuir cano longo para proteção das mãos e proteção parcial de antebraços.

Recomendam-se a utilização de cores diferentes de luvas de borracha.

- Luvas de cor escura: usadas na limpeza e desinfecção de superfícies onde a sujidade é maior.
- Luvas de cor clara: usadas na limpeza e desinfecção de mobiliários.
- As mãos dos profissionais de limpeza e desinfecção de superfícies devem ser lavadas antes e após o uso de luvas.
- Após a utilização, as luvas devem ser lavadas e desinfetadas.
- Quando estiver com luvas não se deve tocar em maçanetas, portas, telefones, botões de elevadores e outros locais.
- Ao usar luvas deve-se segurá-las pelo lado interno, calçando-se sem tocar na face externa. Ao se retirá-las, deve-se segurá-las pela face externa sem tocar a pele.

2. Máscaras

A máscara cirúrgica deverá ser usada nas seguintes situações:

- Sempre que houver possibilidade de respingos de material biológico ou produtos químicos em mucosas do nariz e boca.
- Sempre que o profissional entrar em quarto de paciente com patologias de transmissão respiratória por gotículas.
- Em áreas nas quais a utilização seja recomendada pelo SCIH.
- Ambientes com odor fétido.

3. Óculos de proteção

Os óculos de proteção devem ser utilizados durante o preparo de diluição não-automática, quando da limpeza de áreas que estejam localizadas acima do nível da cabeça, e que haja risco de respingos, poeira ou impacto de partículas. Devem ser lavados e desinfetados após o uso.

4. Botas

As botas (material impermeável, com cano alto e de solado antiderrapante) estão recomendadas para a proteção dos pés e parte das pernas durante atividades com água e produtos químicos e, ainda, para evitar quedas.

5. Sapatos

O uso de sapatos é recomendado durante todo o período de trabalho, com exceção nos momentos de lavação de piso, nos quais deverão ser utilizadas as botas.

6. Avental

Deve ser utilizado durante a execução de procedimentos que possam provocar contaminação da roupa com sangue e fluidos corpóreos e produtos químicos ou contaminados. O avental deve ser impermeável, podendo ser usado por cima do uniforme, é recomendado para a realização de atividades com risco de respingos. Pode ser processado pela lavanderia após realização do procedimento de limpeza e desinfecção. Após o uso, deve ser retirado com técnica correta, sem ter contato com a parte externa, e em seguida deve-se fazer a desinfecção.

7. Gorro

O gorro deve ser usado em áreas especiais nas quais são exigidas a paramentação completa por parte dos profissionais da instituição. Para as demais áreas do serviço de saúde, recomenda-se que as profissionais de limpeza e desinfecção de superfícies mantenham os cabelos presos e arrumados. Para os profissionais do sexo masculino são imprescindíveis cabelos curtos e barba feita.

Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC)

Os EPCs visam à proteção de acidentes com pacientes, funcionários e visitantes. Consistem

de placas ilustrativas (que permitem aos transeuntes identificar a situação da área delimitada),

cones de sinalização e fitas demarcatórias (sinalização e delimitação de área), fita antiderrapante (para evitar quedas e escorregamento, especialmente em rampas e escadas),

barreira plúmbica (ao redor do leito do paciente), coletores de materiais perfurocortantes, sinais de perigo, sinalização com instruções de segurança ou que indicam direção.

PROIBIÇÕES

- Mistura de produtos saneantes/químicos não previamente autorizados.
- Reaproveitamento de embalagens vazias com produtos saneantes diferentes do rótulo original.
- Alteração na proporção da diluição preconizada.
- Utilização de produtos saneantes fora do período de validade.
- Manuseio do produto saneante sem o uso de EPI apropriados.
- Armazenamento conjunto de produtos saneantes incompatíveis.

Limpeza e Desinfecção de superfícies

Limpeza: Consiste na remoção das sujidades depositadas nas superfícies inanimadas utilizando-se meios mecânicos (fricção), físicos (temperatura) ou químicos (saneantes). Independentemente da área a ser higienizada, o importante é a remoção mecânica da sujidade e não simplesmente a passagem de panos úmidos para espalhar a sujidade.

Limpeza Concorrente:

É o procedimento de limpeza realizado, diariamente, em todas as unidades dos estabelecimentos de saúde com a finalidade de limpar e organizar o ambiente, repor os materiais de consumo diário (por exemplo, sabonete líquido, papel higiênico, papel toalha e outros), recolher os resíduos e detectar materiais e equipamentos não funcionantes.

Nesse procedimento estão incluídas a limpeza de todas as superfícies horizontais, de mobiliários e equipamentos, portas e maçanetas, parapeitos de janelas, e a limpeza do piso e instalações sanitárias.

Merece maior atenção, a limpeza das superfícies que tenham maior contato com as mãos do paciente e das equipes, tais como maçanetas das portas, telefones, interruptores de luz, grades de camas, bancada, campainha e outras.

Limpeza Terminal:

Trata-se de uma limpeza mais completa, incluindo todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas. É realizada na unidade do paciente após alta hospitalar, transferências, óbitos (desocupação do local) ou nas internações de longa duração (programada).

TÉCNICA A SER UTILIZADA NA LIMPEZA CONCORRENTE

Técnica dos dois baldes:

Limpeza com a utilização de panos de limpeza de piso e rodo ou outro equipamento padronizado. Facilita o trabalho do profissional de limpeza e desinfecção de superfícies, evitando idas e vindas para trocas de água e limpeza do pano no expurgo.

Etapas:

1. Varredura úmida: Tem o objetivo de remover o pó e possíveis detritos soltos no chão, fazendo uso de pano úmido e rodo. Esses resíduos não podem ser levados até a porta de entrada, devendo ser recolhidos do ambiente com o auxílio de pá. Deve-se iniciar a limpeza pelos cantos e de forma profissional e educada, para que quem esteja no local possa perceber e colaborar, liberando o espaço. Nessa etapa, os dois baldes conterão apenas água.
2. Ensaboar: É a ação de fricção com sabão ou detergente sobre a superfície com a finalidade de remoção de toda sujidade. Nessa etapa, um dos baldes conterá água, e outro, sabão ou detergente.
3. Enxaguar e secar: Tem a finalidade de remover o sabão ou detergente. Nessa etapa, os dois baldes conterão apenas água.

Frequência deve ser feita a Limpeza Concorrente

Áreas críticas: Duas vezes ao dia

Áreas semi-críticas: Duas vezes ao dia

Áreas não críticas: Uma vez ao dia

Área externa: Duas vezes ao dia

LIMPEZA TERMINAL

O procedimento inclui a limpeza de paredes, pisos, teto, painel de gases, todos os mobiliários como camas, colchões, macas, mesas de cabeceira, mesas de refeição,

armários, bancadas, suporte de soro, janelas, vidros, portas, peitoris, luminárias e grades de ar condicionado.

Nesse tipo de limpeza devem-se utilizar máquinas de lavar piso (realizando-se movimentos "oito deitado" e unidirecional), cabo regulável com esponjas sintéticas com duas faces para parede e os kits de limpeza de vidros e de teto.

As paredes devem ser limpas de cima para baixo e o teto deve ser limpo em sentido unidirecional.

O uso de desinfetantes deverá ser restrito a superfícies que contenham matéria orgânica.

Durante a realização da limpeza terminal, deve-se iniciar pela varredura úmida e retirada de lixo; deixar o piso do banheiro de molho e, em seguida, proceder à limpeza do mobiliário, do teto e paredes; lavar o banheiro e, por último, realizar a limpeza de todos os pisos.

A limpeza terminal deve ser realizada após alta, transferência ou óbito de pacientes ou de forma programada conforme classificação da área.

Frequência que a limpeza terminal programada deve ser realizada

Áreas críticas, expurgo, conservadora e banheiros: Semanal

Enfermarias e demais áreas semicríticas: Mensal

Posto de enfermagem: Quinzenal

Áreas não críticas: Mensal

OBSERVAÇÃO: Após realização de limpeza terminal o formulário de conclusão deve ser preenchido e assinado pelo responsável pelo setor. Em caso de impedimento para a Limpeza terminal programada, caberá ao responsável pelo setor assinar formulário justificando impedimento.

DESINFECÇÃO

Deve ser realizada apenas em superfícies onde ocorrer derramamento de substâncias corporais ou sangue, inclusive respingos ou nas áreas estabelecidas por este manual.

Quais os desinfetantes padronizados e onde utilizá-los

- Álcool 70%: Indicado para mobiliário em geral. Aplicar, deixar secar espontaneamente e repetir a operação duas vezes.
- Hipoclorito: Indicado para pisos e paredes (lembre-se: corrosivo para metais).

Deve ser utilizado na concentração de 1%.

Como realizar a desinfecção das superfícies

Remover a matéria orgânica com papel toalha ou pano (utilizar pá ou rodo se houver grande quantidade de matéria orgânica) e proceder à limpeza, utilizando a técnica de dois baldes. É

indispensável que o local seja rigorosamente limpo antes da desinfecção.

- Se piso ou paredes:

- Realizar, primeiramente, a limpeza com água e detergente na superfície a ser desinfetada, com o auxílio do rodo. Enxaguar e secar.
- Após a limpeza, aplicar o hipoclorito na área que foi retirada a matéria orgânica, utilizando fricção e deixando o tempo necessário para ação do produto (10 minutos). Enxaguar e secar.

- Se mobiliário:

- Realizar limpeza com água e detergente na superfície a ser desinfetada.
- Após limpeza do mobiliário, realizar a fricção com álcool a 70% (três vezes consecutivas).

Supervisão

As atividades serão acompanhadas pelo Gestor do Contrato de Gestão da ABEDESC:

- aprovar o planejamento global dos trabalhos e propor eventuais ajustes;
- aprovar o planejamento detalhado de cada passo e propor eventuais ajustes;
- negociar o cronograma;
- agendar reuniões de acompanhamento com representantes do Município, conforme demanda;
- convocar reuniões com consultoria eventualmente ABEDESC;
- negociar a substituição ou a redefinição de operações;
- solicitar esclarecimentos de dúvidas operacionais formuladas pela Gerência correspondente (instalações, equipamentos, pessoal);
- acompanhar os trabalhos e dar conformidade a relatórios e outros documentos;
- dar conformidade final ao trabalho;
- solicitar a substituição de qualquer dos integrantes da equipe ABEDESC, conforme estabelecido;
- decidir quanto a possíveis mudanças.

A Gerência correspondente terá autonomia para, quando julgar necessário, requerer esclarecimentos adicionais acerca de princípios, metodologias, critérios e procedimentos ao Gestor do Contrato de Gestão.

- ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO**- A Unidade de Nutrição e Dietética, compete:**

- Preparar e distribuir alimentos a pacientes, acompanhantes e funcionários e conforme definição da administração;
- Prescrever e assegurar para que seja obedecida rigorosamente a prescrição para elaboração e distribuição das dietas gerais e especiais;
- Preparar cardápios para pacientes, acompanhantes e colaboradores;
- Interagir junto à equipe médica visando à prescrição da diretoria dos pacientes;
- Definir os espaços e ou ambientes específicos para o preparo das dietas, carnes e legumes;
- Garantir para que nas atividades que envolvam o lactário, sejam rigorosamente observadas as técnicas vigentes;
- Definir e implantar rotinas para o tratamento correto do lixo e restos injestas, efetuando o controle dos mesmos;
- Assegurar para que sejam combatidos, periodicamente e sistematicamente, insetos e roedores;
- Interagir junto a Gerencia Operacional com vista à realização dos controles bacteriológicos dos equipamentos e instrumentos, locais de trabalho e produtos que possam contaminar-se;
- Assegurar para que a unidade de cocção seja provida de coifa com exaustão mecânica;
- Garantir para que todas as aberturas das unidades sejam devidamente teladas;
- Assegurar que seja realizado o controle sanitário periódico dos colaboradores;
- Garantir que todos os colaboradores da unidade usem EPI's;
- Assegurar a higiene impecável nos locais de preparo da alimentação, e naqueles que a mesma é servida;
- Garantir a educação continuada em serviço assegurando que nenhum colaborador entre em atividade, sem antes ter recebido o treinamento específico;
- Elaborar as escalas de serviços, em consonância com as atividades desenvolvidas em cada local;
- Realizar mensalmente o relatório de atividades;
- Elaborar formulários apropriados para as tarefas específicas;
- Elaborar e implantar o Regimento da Unidade, Manuais e Rotinas;
- Cumprir e fazer cumprir o Regulamento do Hospital e o Regimento da Unidade.

- ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**- Principais Demandas Para o Serviço Social na UPA de Santa Cruz do Rio Pardo**

Iamamoto (1999), afirma que o setor de saúde é o que mais absorve profissionais assistentes sociais, fator decorrente também da necessidade do reaparelhamento do Estado a partir da Constituição Federal de 1988.

Neste sentido os profissionais de Serviço Social na área da saúde, são chamados a realizar ações voltadas a garantir dos direitos dos usuários do sistema.

Principais atividades do Serviço Social:

- Atendimento ao público em geral;
- Realização de visita e abordagem aos pacientes para entrevista e coleta de dados.
- Encaminhamento, quando necessário, aos serviços da rede assistencial.
- Informação e orientação aos pacientes e familiares sobre normas e rotinas.
- Acompanhamento de familiares dos pacientes que necessitam de um maior incentivo para o tratamento.
- Um auxílio para aqueles que não têm condições.
- atendimentos no setor de Serviço Social (demandas espontâneas);
- atendimentos aos pacientes e acompanhantes nas alas;
- Reuniões com familiares de pacientes internados;
- Abordagem familiar para doação de órgãos;
- Coordenação da comissão de humanização;
- Participação nas comissões aleitamento materno;
- Participação nas comissões doação e transplante de órgãos;
- Reuniões com o setor;
- atendimentos interdisciplinares.
- Orientar os visitantes e familiares dos pacientes e providenciar roupas transportes, alimentação para acompanhantes e pacientes.
- Ajudar na fiscalização e aplicação dos direitos dos pacientes e acompanhantes.

O Serviço Social, de um modo geral e na área da saúde em particular, atua em parceria com outros profissionais. Integram as profissões de saúde regulamentadas pelo Conselho Nacional de Saúde. (OLIVAR 2006).

Cabe ao profissional em Serviço Social garantir o cumprimento de direitos dos usuários anteriormente negligenciados dentro do Sistema de Saúde Pública.

A emergência/urgência é o lugar onde se dá o inesperado e o Assistente Social deve estar preparado para atender os diversos conflitos e orientar os pacientes de seus direitos sociais. (ANJOS, et al, 2004).

A humanização hospitalar deve ser um fator decisivo para o bem-estar do usuário, demonstrando a importância da informação do Assistente Social sobre os direitos dos usuários. O objetivo do estudo é analisar o trabalho do Assistente Social em Hospitais de Emergências.

Ações rotineiras do Serviço Social no atendimento Hospitalar:

- Reflexão sistemática sobre o processo de adoecimento (dor, sofrimento) e as formas que permeiam o acesso aos direitos para o enfrentamento deste processo.
- Visitas diárias às enfermarias, que acontecem com um prolongamento do atendimento ambulatorial, visando acompanhar e conhecer melhor a realidade social, econômica e cultura do paciente, para identificar fatores que possam interferir ou até mesmo interromper o tratamento, bem como propiciar uma melhoria na qualidade do atendimento.
- Orientações com relação à necessidade do seguimento do tratamento, atentando para agendamento de exames e consultas pós-alta hospitalar.
- Orientações aos acompanhantes quanto à permanência deste no hospital de acordo com as normas e rotinas do hospital e do Sistema único de Saúde (SUS).
- Viabilização do retorno ao município de origem no momento da alta hospitalar, ou encaminhamento ao atendimento ambulatorial no pós-operatório ou pós-tratamento.
- Encaminhamento às unidades de apoio no momento em que se fizer necessário.
- Liberação de veículo para pacientes internados que irão ser submetidos a exames externos ou para agilização da desocupação do leito do paciente de alta em tempo útil.
- Atenção à família do paciente que obitou no hospital: acompanhamento e orientações, facilitando a conduta da família ou responsável nas questões que dizem respeito aos trâmites legais – traslado, formalização, sepultamento e registro do óbito.
- Liberação de visitas fora de horário, como forma de atender as necessidades do paciente e família.

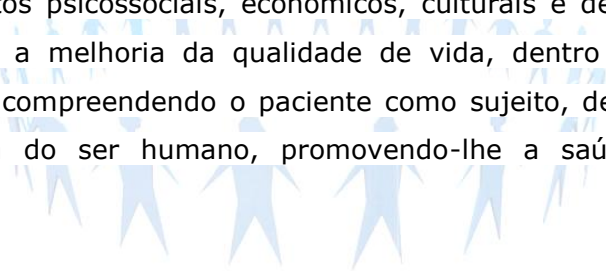
Ações rotineiras no atendimento prestado na admissão do SUS

O atendimento do Serviço Social no Serviço de Admissão do SUS tornou-se legítimo e necessário, e funciona também, como uma extensão dos outros atendimentos já mencionados, tem papel fundamental na relação paciente/família/hospital, operacionalizando medidas para a integração do atendimento, de forma humanizada.

É um atendimento de emergência social realizado de acordo com a necessidade imediata e quando detectadas situações que requerem intervenção direta do Serviço Social, como forma de administrar a tensão existente entre as demandas dos pacientes dos serviços requeridos, além de prestar orientações informativo-educativas, fator decisivo para o bem-estar do paciente.

Participação e atuação na Equipe Multidisciplinar

O Serviço Social participa ativamente da equipe multidisciplinar, objetivando subsidiar os aspectos psicossociais, econômicos, culturais e de apoio ao usuário, buscando propiciar a melhoria da qualidade de vida, dentro dos limites que a doença lhe impõe, compreendendo o paciente como sujeito, dentro de uma visão global e integrada do ser humano, promovendo-lhe a saúde e melhoria da qualidade de vida.



INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO SOCIAL**• ESTRUTURA DO SERVIÇO**

O Serviço Social do hospital atuará dentro de uma perspectiva mediadora entre cliente, família e instituição, desenvolvendo ações que ofereçam respostas à dimensão social do paciente.

Recepcionará o usuário e a família de maneira humanizada, definindo uma parceria e compromisso no tratamento proposto.

O assistente social tem como objetivo representar a Instituição Hospitalar na solução de problemas diversos que afligem família e/ou paciente, mantendo sempre uma posição de coerência, clareza, orientação e solução dos problemas que surgem durante o período de atendimento, fazendo muitas vezes a ponte entre a família, equipe técnica, comunidade e unidade de saúde.

• NORMAS E ROTINAS

O Serviço Social deverá seguir um Regimento Interno, que constará as atribuições, normas, rotinas, requisitos, estrutura física e horário de funcionamento.

Atividades Desenvolvidas:

- Resolução de problemas de ordem social;
- Intervenção como mediador;
- Orientação ao paciente e/ou familiares;
- Acolhimento e atendimento humanizado;
- Realizar entrevista social com o paciente;
- Contra referenciar o paciente aos serviços de atenção básica;
- Realizar encaminhamentos para os CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), secretarias de saúde/ assistência social/direitos humanos, Ministério Público, Conselhos Tutelares;
- Desenvolver campanhas educacionais e projetos assistenciais e sociais junto à comunidade;

- REGIMENTO SERVIÇO SOCIAL**CAPÍTULO I - DA FINALIDADE**

Artigo 1º - Através de uma linguagem clara, acessível e disponibilizando de informações, o Serviço Social tem por finalidade, conhecer, orientar, mediar, acolher, encaminhar, resolver intercorrências de ordem social, apreender, compreender e atender as demandas do usuário de maneira humanizada,

oferecendo-lhe à devida atenção, encaminha as ações e as direciona para a resolutividade. Trata-se de um processo de inclusão do usuário do serviço de saúde na rede de atendimento médico e psicossocial, conforme as expectativas e necessidades, percebidas ou não, do paciente.

CAPÍTULO II - DA ORGANIZAÇÃO

Artigo2º- O setor de Serviço Social é representado por Assistente Social de acordo com organograma do Hospital.

CAPÍTULO III - DA COMPETÊNCIA

Artigo3º- Compete ao Setor de Serviço Social:

- Resolução de problemas de ordem social;
- Intervenção como mediador;
- Orientação ao paciente;
- Acolhimento ao usuário;
- Realização de entrevista social com o paciente;
- Contra referenciar o usuário à atenção básica;
- Realização de encaminhamentos;
- Desenvolvimento de campanhas educativas e projetos sociais junto à comunidade;
- Humanização para usuários, visitantes, acompanhantes e funcionários.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Artigo4º- São atribuições do Assistente Social:

- Conhecer o paciente através de uma entrevista, que de acordo com as condições do mesmo, poderá ser realizada com ele ou com o responsável;
- Orientar o usuário mediante suas necessidades, informando-os sobre as normas, direitos e deveres;
- Usar de todos os meios possíveis de comunicação (telefone, telegrama, visita domiciliar) para entrar em contato com familiares e/ou responsáveis de pacientes que estão sozinhos e necessitam de acompanhantes;
- Solicitar documento do paciente e do responsável no momento da entrevista para confirmação dos dados de identificação;
- Verificar se os dados de identificação colhidos pelo Assistente Social conferem com os dados impressos na ficha de internamento. Havendo divergência, o mesmo deverá solicitar a retificação;
- Intervir como mediador, conforme as demandas do usuário, de forma que, tanto o cliente quanto à instituição fiquem satisfeitos;
- Acolher de maneira humanizada, ou seja, cumprimentar, dirigir-se à pessoa pelo nome, manter contato visual, demonstrar disponibilidade de tempo e vontade de

atendê-la;

- Autorizar visita para pacientes em observação no repouso, como também, autorizar a liberação de refeição para acompanhantes com necessidades sociais especiais;
- Realizar ligações telefônicas, de acordo com a necessidade do paciente;
- Solicitar no departamento financeiro passagem de ônibus ou de táxi para pacientes sem condições financeiras de retornarem à suas casas, ou ainda viabilizar ambulância para pacientes que não deambulam e estão desacompanhados;
- Resolver intercorrências de ordem social, e/ou encaminhar para outras unidades (CRAS, Conselho Tutelar, Ministério Público, direitos humanos, entre outros);
- Informar ao paciente a importância do preenchimento do questionário de satisfação do cliente no momento da alta;
- Contra referenciar o usuário aos serviços prestados pela atenção primária;
- Desenvolver e colocar em prática campanhas educativas junto à comunidade;
- Desenvolver e colocar em prática projetos assistenciais e sociais
- Promover humanização para os funcionários da Instituição;
- Solicitar a presença do familiar e/ou responsável em caso de óbito;
- Realizar visitas periódicas aos PSFs para fortalecer a parceria e trocar informações sobre a comunidade e sobre os atendimentos realizados;
- Organizar mensalmente a comemoração dos funcionários aniversariantes;
- Ajudar na organização de eventos, campanhas, palestras e datas comemorativas dentro do Hospital com os funcionários;
- Registrar todos os atendimentos realizados, no livro de ocorrência;
- Fazer relatório mensal das atividades do Serviço Social para conhecimento da chefia;
- O assistente Social atuará em todas as áreas assistenciais, tanto com o usuário quanto com funcionários;

CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo5º- Cabe ao responsável do serviço manter este regimento devidamente atualizado.

Artigo6º- Todos cumprirão horário de trabalho estabelecido.

Artigo7º- Não será permitida a permanência de estranhos à seção, sem autorização da chefia.

Artigo8º- Todos os funcionários seguirão as instruções contidas neste regimento.

Artigo9º- Toda e qualquer saída de funcionário da seção deverá ser autorizada, por escrito, pela chefia.

Artigo10º- Este regimento deverá ser observado na íntegra por todos os funcionários da unidade.

Artigo11º- O presente regimento serve como instrumento de definição de atividade e instalação de autoridade, devendo ser aplicado a todos sem qualquer exceção.

Artigo12º- Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela Coordenação Geral.

Artigo13º- O presente regimento entra em vigor a partir da data de implantação do mesmo e a devida assinatura da Diretoria e Responsável

• **ÁREAS DE ABRANGÊNCIA**

O Serviço Social irá prestar atendimento a todos os usuários, estejam eles na Unidade de Internação de Clínica Médica, Cirúrgica, UTI, em observação ou acompanhando menores e ou idosos. A orientação em todos estes casos é fundamental para que o usuário siga as orientações dadas na Instituição, respeitando assim o fluxo de referência e contra-referência.

• **QUADRO DE METAS**

Metas:

- Treinar todo o quadro funcional com foco em Humanização;
- Promover palestras voltadas para a comunidade local, de acordo com as necessidades previamente identificadas;
- Promover o bem estar entre a família e paciente;
- Estabelecer um atendimento especializado, no sentido de aproximar e garantir o correto e melhor acesso aos serviços de saúde;
- Intervir em situações que extrapolam a questão da saúde do usuário nos plantões, e que exigem uma intervenção social, implantando um fluxo de encaminhamentos para a Rede Sócio-Assistencial e orientando o usuário quanto aos direitos sociais;
- Orientar os familiares e/ou responsáveis por pacientes que estão em sala de observação realizando a mediação entre o familiar e a equipe de saúde;
- Realizar atendimento em sala de espera com o objetivo de informar a população sobre a rede de atendimento à saúde e a de Direitos Sociais;
- Notificar os casos de violência e outras, realizando as devidas orientações, encaminhamentos e justificativas necessárias, tanto à vítima e/ ou acompanhante;
- Levantar dados e contatar a Unidade de Referência, familiares e outros em caso de usuários que requeiram acompanhamento e atendimento resolutivo;
- Comunicar à Rede Assistencial os casos de violência, abuso, negligência, abandono, omissões e outros atendimentos realizados;

- ORGANIZAÇÃO DO ALMOXARIFADO

Podemos dizer que os objetivos de uma unidade de gerenciamento de materiais e unidade de saúde visam garantir a:

- a) continuidade das ofertas dos serviços de saúde;
- b) baixos custos de aquisição, de realização do pedido e de manutenção dos estoques;
- c) alta rotatividade dos estoques;
- d) qualidade no atendimento;
- e) qualidade dos materiais;
- f) bom relacionamento com os fornecedores;
- g) controles cadastrais e conhecimento do mercado e dos fornecedores;
- h) obter o máximo retorno;
- i) centralizar controles mesmo com descentralização de atividades;
- j) padronizar o uso de materiais.

ARMAZENAMENTO

As palavras que resolvem boa parte dos problemas de armazenamento de materiais em unidades de saúde é o bom senso combinado com as técnicas de armazenamento.

É conveniente prever para a área de armazenamento ambiente de grande altura (pé direito), marquise protegendo a descarga dos materiais. Deve ter rede de combate a incêndio. Para efeito de segurança é melhor uma única entrada e saída.

CRITÉRIOS DE ARMAZENAMENTO

Armazenar, observando o critério da ordem de entrada e saída, significa obedecer à ordem cronológica de saída levando em conta a sua época de entrada. Isso quer dizer: as unidades estocadas há mais tempo devem sair primeiro, a fim de que não venha a ocorrer situações de esquecimento de itens em estoque, o que pode causar oxidações, deterioração, obsolescência, perda de propriedades físicas, endurecimentos, ressecamentos e outras situações que impliquem em perda de material (fundamental no armazenamento de medicamentos).

Sempre que possível, os materiais devem ser armazenados considerando a sua similaridade com outros itens, o que pode ser feito mais facilmente com o auxílio do catálogo de materiais.

O agrupamento de materiais que apresentam características físicas, aplicações ou naturezas semelhantes em locais adjacentes facilitam a sua localização, a movimentação e até a contagem.

O valor financeiro que um determinado material representa para o estoque define a sua forma de armazenamento. As regras não diferem muito daquelas adotadas para os demais itens, porém, deve-se destacar que o local deve ser apropriado e proporcionar maior condição de segurança para os materiais que dentro do método denominado ABC, ou curva ABC, são os itens que integram a letra A, de iniciar consumo.

O critério de carga unitária baseia-se na constante necessidade de racionalização do espaço útil de armazenamento, com o máximo aproveitamento do conceito de cubagem. Porém, aliada à racionalização do espaço, a carga unitária favorece sobremaneira a boa movimentação do material, a rapidez de carga e descarga e, conseqüentemente, a redução dos custos.

Esse método consiste na arrumação ou composição de pequenos itens – pacotes ou unidades menores – em volumes dimensionados em peso, cubagem e quantidade maiores. Pode-se dizer, também, que o critério de carga unitária significa transformar as unidades simples em unidades múltiplas.

A abertura das caixas ou embalagens recebidas do fornecedor para conferência dos materiais adquiridos é uma praxe. Porém, depois disso, deve-se lacrá-las novamente, com o aproveitamento da própria embalagem. Evidentemente, só se deve deixar desembalado o contingente de unidades necessárias à entrega do período. Tal procedimento traz os mesmos benefícios apontados no critério da carga unitária, pois guarda com ele uma grande similitude.

ARMAZENAMENTO ENVOLVE DIVERSAS ATIVIDADES

Recebimento de medicamentos – ato de examinar e conferir o material quanto à quantidade e documentação;

Estocagem ou guarda – arrumação do material em certa área definida, de forma organizada, para melhor aproveitamento do espaço possível e dentro de parâmetros que permitam segurança e rapidez;

Segurança – capacidade de manter o material sob cuidados contra danos físicos, furtos e roubos;

Conservação – capacidade de manter asseguradas as características dos produtos durante o período de estocagem;

Controle de estoque – monitoramento da movimentação física dos produtos (entrada, saída);

Entrega – entrega do material de acordo com as necessidades do solicitante, garantindo adequadas condições de transporte, preservação da identificação até o consumidor final e rastreamento do produto.

Sabe-se que estas atividades desdobram-se nos mais variados procedimentos, controles e ações que, se não observados, levam a perdas significativas de medicamentos.

ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ARMAZENAGEM E DISTRIBUIÇÃO

Para a organização do serviço, é preciso identificar cada um dos seus componentes e elementos, os quais deverão ser capazes de promover maior resolutividade das ações.

A organização está relacionada com a funcionalidade dos serviços, e tem por objetivo o gerenciamento eficiente e eficaz.

Para a organização dos serviços, é necessário conhecer a realidade da situação de saúde local, buscando subsídios para a implementação de um plano de ação. Para tanto, deve-se:

- Conhecer a estrutura organizacional e suas inter-relações; Níveis hierárquicos, relações dentro e fora do serviço, competências de cada área técnica, normas e Procedimentos existentes, metas estabelecidas;
- realizar o levantamento da situação do serviço;
- Conhecer os pontos fortes e fracos do serviço, para definir possíveis ações estratégicas;
- Conhecer a organização da rede de clientes; verificar a capacidade instalada, conhecer a oferta dos serviços;
- Identificar os recursos financeiros; conhecer os recursos disponíveis destinados as reais necessidades, para que sejam estabelecidas prioridades de ações;
- Identificar os recursos humanos; conhecer os profissionais da rede de saúde, e identificar a integração destes com os serviços da Assistência Farmacêutica existentes.

- ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE DE GESTÃO DE PESSOAS**- POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS**

NORMAS DE TRABALHO

Jornada de Trabalho

O horário de trabalho e intervalo de descanso estão vinculados ao posto de trabalho.

Cadastro

O cadastro dos profissionais é atualizado constantemente, estando os mesmos orientados a informar qualquer mudança de endereço, telefone, estado civil, nascimento de filho e conclusão de curso devem ser informadas ao Departamento Pessoal.

Controle de Frequência (ponto)

A frequência dos funcionários é registrada através do ponto eletrônico. Os profissionais serão orientados sobre como utilizar corretamente o dispositivo, devendo registrar o ponto sempre no início do expediente, na saída e retorno do descanso e no término do expediente.

ADMISSÃO

- Período de Experiência

O período de experiência é de 90 dias a partir da data de admissão, estando a chefia imediata responsável diretamente pelo acompanhamento do desempenho do funcionário e devendo pronunciar-se quanto ao cumprimento dos requisitos estabelecidos para a execução.

Identificação Funcional

O uso de crachá será obrigatório. Em caso de perda, o funcionário deverá avisar imediatamente ao superior direto para providenciar segunda via.

COMPOSIÇÃO SALARIAL

Salário

O pagamento será realizado até o 5º dia útil de cada mês, conforme repasse da SMS Jacareí. Caso a data estipulada seja final de semana ou feriado, o pagamento poderá ser feito no último dia útil antecedente.

Adicional de Insalubridade

O Adicional de Insalubridade é um direito concedido a trabalhadores que são expostos a agentes nocivos à saúde. Há três graus: mínimo, que dá adicional de 10%, médio (20%) e máximo (40%). A caracterização e a classificação de insalubridade, segunda as normas do Ministério do Trabalho, se farão através de Médico ou Engenheiro do Trabalho através do PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais).

FALTAS

Serão consideradas faltas, conforme descrição a seguir:

Abonadas

- Quando a justificativa apresentada é assegurada por lei e o funcionário não tem prejuízo em seu salário. Podem ocorrer por:
- Doação de Sangue (1 dia a cada 12 meses).
- Falecimentos de cônjuge, colaterais, ascendentes e descendentes (2 dias consecutivos).
- Alistamento Eleitoral e Militar (2 dias).
- Casamento (até 3 dias consecutivos ou conforme Acordo Coletivo da Categoria).
- Nascimento de filhos (no caso paterno: 5 dias consecutivos).
- Em caso de trabalho nas eleições, para cada dia trabalhado o funcionário tem direito a 2 (dois) dias de folga, mediante apresentação do comprovante do cartório eleitoral.
- Enfermidades, deverão ser entregues o Atestado Médico e o Boletim de Atendimento Médico (BAM) em até 48h após falta ou atraso. A entrega após este prazo acarretará desconto na folha de pagamento.

Faltas Injustificadas

Faltas em que a justificativa apresentada não é assegurada por Lei e o funcionário tem desconto em seu salário. Consequências:

- Perda do D.S.R. (Descanso Semanal Remunerado).
- Redução do período de férias.
- Punição disciplinar.
- Prejuízo para a carreira.
- Perda do dia de trabalho.

FÉRIAS

Todo funcionário tem direito a férias após 12 (doze) meses de contratação. O Superior imediato pode definir o período de férias nos 11 meses seguintes ao vencimento do período aquisitivo. As férias devem ser solicitadas com antecedência mínima de 30 (trinta) dias. O valor correspondente é creditado na conta do funcionário com antecedência de 2 (dois) dias antes do descanso. O direito a férias, será proporcional ao número de horas trabalhadas.

Funcionários com carga horária semanal igual ou inferior a 25 horas que tiverem mais de 7 (sete) faltas injustificadas ao longo do período aquisitivo terão seu período aquisitivo de férias reduzido pela metade.

Todas as faltas injustificadas ocorridas no período aquisitivo serão consideradas para apuração da quantidade de dias a que o funcionário fará jus.

13º SALÁRIO

Calculado proporcionalmente aos meses trabalhados no ano corrente, numa escala de 1/12 avos por mês, sendo necessário trabalhar 15 dias, no mínimo, em cada mês. É pago em duas parcelas:

Primeira : Até 30 de novembro Segunda : Até 20 de dezembro

FGTS

É recolhido mensalmente 8% (oito por cento) sobre a remuneração e depositado em conta vinculada (Caixa Econômica Federal) em nome do funcionário.

PIS

Os funcionários que contribuem a pelo menos 5 (cinco) anos consecutivos e recebem mensalmente valor inferior a 2 (dois) salários mínimos, incluindo remunerações variáveis (horas extras/bônus/remunerações por desempenho, entre outros) têm direito ao abono anual pago pela CEF.

MEDIDAS DISCIPLINARES

Advertência: Verbal ou escrita. Ocorrem por:

- Sucessivos atrasos.
- Comportamento faltoso.
- Desrespeito à chefia imediata.
- Trajes inadequados.
- Recusa ao uso do crachá e/ou registro no ponto eletrônico.
- Desempenho inadequado propositalmente.
- Vendas particulares de produtos.
- Embriaguez.

Suspensão

Pode ser aplicada ao funcionário que cometeu uma falta grave e já advertido por escrito. A suspensão pode ser de 1, 2, ou 3 dias consecutivos, não remunerados, conforme gravidade do fato.

Demissão por justa causa

Aplicada em casos de falta grave ou após a sequência de ocorrências disciplinares:

Advertência Verbal;

Advertência Escrita;

Suspensão de 1 dia;

Suspensão de 2 dias;

Suspensão de 3 dias;

- AFASTAMENTO**Por doença**

Quando o funcionário fica enfermo e é afastado por médico do convênio ou SUS:

Até o 15º dia- pagamento pela empresa

A partir do 16º dia- pagamento pelo INSS

Por Acidente de Trabalho/Trajeto

Configura-se quando o funcionário acidenta-se nas dependências da empresa, em horário de trabalho ou no trajeto residência/empresa/residência, após análise dos departamentos competentes. O acidente deve ser comunicado em até 24h ao setor de Segurança do Trabalho.

DESLIGAMENTO**Desligamento pela Empresa**

Antes da data ajustada no contrato de experiência/prazo determinado, é garantido ao funcionário o recebimento da importância equivalente à metade dos dias faltantes para o término do contrato.

Pedido de Desligamento pelo Funcionário

O não cumprimento do Aviso Prévio dá ao empregador o direito de descontar nas verbas rescisórias a importância correspondente a 30 (trinta) dias de salário. A

solicitação de demissão antes da data ajustada no contrato de experiência permite ao empregador descontar metade dos dias que faltam para o término do contrato.

BENEFÍCIOS

Vale Transporte

É direito do funcionário optar pelo benefício. O desconto é de 6% (seis por cento) do salário-base. O formulário de concessão de Vale Transporte será disponibilizado no ato da admissão.

O uso do benefício é exclusivo ao deslocamento residência / trabalho / residência considerando apenas os dias trabalhados.

RESPONSABILIDADES

Todos os funcionários tem o dever de zelar por todo e qualquer tipo de patrimônio que a empresa lhe confiar, como máquinas, equipamentos, materiais, computadores, etc. Não é permitida a saída de qualquer material ou equipamento sem prévia autorização.

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

De acordo com a Portaria MS nº 2.648 de 07/11/2011, uma Unidade de Pronto Atendimento, porte III, deverá ter, no mínimo, 6 (seis) médicos por plantão, que serão distribuídos entre pediatras e clínicos gerais a partir das orientações do Edital 001/2014 da SMS, que define 250 atendimentos clínicos e 170 atendimentos pediátricos. Portanto, serão 2 (dois) pediatras e 4 (quatro) clínicos gerais, além dos demais profissionais necessários para o pleno funcionamento da unidade.

Controle de Frequência

É sabido que o controle de frequência e horário dos profissionais, em especial dos médicos, é algo de difícil manuseio. No entanto a ABEDESC se compromete a garantir o real cumprimento da carga horária estabelecida no edital de seleção 001/2016 de todos os seus colaboradores.

Para tal, todos os funcionários, sem exceções terão descontados em suas remunerações os valores referentes a atrasos e faltas injustificados.

Na tentativa de diminuir os índices de absenteísmo, a OS ABEDESC buscará estimular os profissionais efetuando pagamento por performance, de acordo com metas de produtividade (descritas anteriormente).

Escala de Férias

A ABEDESC no ato da marcação das férias, atuará de forma a agendar as férias para o mínimo POSSÍVEL de profissionais da mesma categoria, no mesmo mês, de forma a não prejudicar a qualidade da assistência prestada pela UPA.

Afastamento do Trabalho

Com relação aos critérios de afastamento, a ABEDESC seguirá as orientações da Consolidação das Leis do Trabalho- CLT. De acordo com o artigo 473 da Consolidação das Leis do Trabalho, Título IV- Do Contrato Individual de Trabalho, Capítulo IV- Da Suspensão e Da Interrupção, o empregado poderá deixar de comparecer ao serviço sem prejuízo do salário:

- até 2 (dois) dias consecutivos, em caso de falecimento do cônjuge, ascendente, descendente, irmão ou pessoa que, declarada em sua Carteira de Trabalho e Previdência Social, viva sob sua dependência econômica;
- até 3 (três) dias consecutivos, em virtude de casamento;
- por um dia, em caso de nascimento de filho, no decorrer da primeira semana;
- por 1 (um) dia, em cada 12 (doze) meses de trabalho, em caso de doação voluntária de sangue devidamente comprovada;
- até 2 (dois) dias consecutivos ou não, para o fim de se alistar eleitor nos termos da Lei respectiva;
- no período de tempo em que tiver de cumprir as exigências do Serviço Militar referidas na letra (c) do Art. 65 da Lei 4.375, de 17 de agosto de 1964 (Lei do Serviço Militar).
- nos dias em que estiver comprovadamente realizando provas de exames vestibular para ingresso em estabelecimento de ensino superior.
- pelo tempo que se fizer necessário, quando tiver que comparecer a júízo.
- pelo tempo que se fizer necessário, quando, na qualidade de representante de entidade sindical, estiver participando de reunião oficial de organismo internacional do qual o Brasil seja membro.

- GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE

Consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura.

A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo.

Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em saco constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2000 da ABNT, respeitados os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistente ao tombamento.

A identificação deve estar aposta nos sacos de acondicionamento, nos recipientes de coleta interna e externa, os recipientes de transporte interno e externo, e nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referenciados na norma NBR 7.500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos.

A identificação dos sacos de armazenamento e dos recipientes de transporte poderá ser feita por adesivos, desde que seja garantida a resistência destes aos processos normais de manuseio dos sacos e recipientes.

Os geradores de Resíduos de Serviços de Saúde todos os serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de campo, laboratórios analíticos de produtos para saúde, necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (tanatopraxia e somatoconservação), serviços de medicina legal, drogarias e farmácias inclusive as de manipulação, estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde, centros de controle de zoonoses, distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores e produtores de materiais e controles para diagnóstico in vitro, unidades móveis de atendimento à saúde, serviços de acupuntura, serviços de tatuagem, dentre outros similares.

Classificação dos Resíduos

Classe A

– Resíduos Infectantes: Cirúrgico natomopatológico e exsudado: tecido, órgão, peça anatômica, sangue e outros líquidos orgânicos provenientes de atos cirúrgicos, necropsia e resíduos contaminados por estes materiais.

Perfurocortante: agulha, ampola, pipeta, lâmina de bisturi, vidros, etc.

Assistência ao paciente: secreções, excreções e demais líquidos orgânicos procedentes de pacientes, bem como os resíduos contaminados por estes materiais, inclusive restos de refeições.

Classe B

– Rejeito Radioativo: Qualquer material resultante de laboratório de análises clínicas, unidades de medicina nuclear e radioterapia.

– Resíduo farmacêutico: medicamentos vencidos, contaminados, interditados ou não utilizados.

Classe C

– Resíduos comuns: Todos os resíduos que não se enquadram nos tipos A e B, e que por sua semelhança aos resíduos domésticos não oferecem riscos adicionais à saúde pública, como os resíduos das atividades administrativas, de jardins, pátios, restos de preparo de alimentos, etc.

FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SAÚDE

OBJETIVO

Estabelecer os procedimentos para o gerenciamento de resíduos provenientes do HMCOAG baseando-se nos princípios da não geração de resíduos e na minimização da geração de resíduos, que aponta e descrevem as ações relativas ao seu manejo, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, transbordo, tratamento e disposição final, bem como à proteção e preservação à saúde pública, ao meio ambiente e à saúde e segurança do trabalhador.

Tem por objetivo ainda, estimular a reciclagem dos resíduos comuns.

RESPONSABILIDADES

Todas as Unidades geradoras de resíduos sólidos e líquidos.

DEFINIÇÕES

- ANVISA: Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
- Companhia de Tecnologia de Saneamento Estadual
- CVS: Centro de Vigilância Sanitária
- RDC: Resolução da Diretoria Colegiada
- SMA: Secretaria do Meio Ambiente
- UND: Unidade de Nutrição e Dietética
- CME: Central de Material Esterilizado
- Equipamento de Proteção Individual
- RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE – RSS: São aqueles gerados em qualquer serviço prestador de assistência médica, sanitária ou estabelecimentos congêneres, podendo então, serem provenientes de farmácias, hospitais, unidades ambulatoriais de saúde, clínicas e consultórios médicos e odontológicos, laboratórios de análises clínicas e patológicas, instituições de ensino e pesquisa médica, bancos de sangue e clínicas veterinárias.
- TRATAMENTO: Processo artificial de depuração e remoção das impurezas, substâncias e compostos químicos de água captada dos cursos naturais, de modo a torná-la própria ao consumo humano, ou de qualquer tipo de efluente líquido, de modo a adequar sua qualidade para a disposição final.
- SEGREGAÇÃO: Consiste na separação do resíduo no momento e local de sua geração, de acordo com características físicas, químicas, biológicas sua espécie, estado físico e classificação.
- ACONDICIONAMENTO: Consistem no ato de embalar corretamente os resíduos segregados, de acordo com as suas características, em sacos e/ou recipientes impermeáveis, resistentes à ruptura e vazamento.
- IDENTIFICAÇÃO: Conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos, recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS.
- TRANSPORTE INTERNO: Consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até o local destino armazenamento temporário ou à apresentação para a coleta externa.

- **ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO:** Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento.
- **ARMAZENAMENTO EXTERNO:** Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores.
- **COLETA INTERNA I:** consiste na coleta dos resíduos do ponto de geração e transporte para o expurgo (armazenamento temporário).
- **COLETA INTERNA II:** consiste no transporte dos resíduos dos expurgos (armazenamento temporário), para o abrigo externo.
- **COLETA E TRANSPORTE EXTERNOS:** A coleta e transporte externos consistem na remoção dos RSS, do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou destinação final, utilizando-se técnicas que garantem a preservação da integridade física da pessoa, da população e do meio ambiente, de estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.
- **DESTINAÇÃO FINAL:** consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para receber obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e licenciamento em órgão ambiental competente.

- PROPOSTA PARA O SERVIÇO DE MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS**- Engenharia e Manutenção**

Conforme a ABNT NBR 5674, as responsabilidades técnicas de Engenharia, são:

1. Assessorar o proprietário na tomada de decisão sobre a manutenção e sua organização;
2. Providenciar e manter atualizados os registros da manutenção;
3. Realizar rondas de manutenção e inspeções técnicas periódicas;
4. Preparar previsões orçamentárias para os serviços de manutenção;
5. Supervisionar as atividades de manutenção;
6. Planejar as atividades e reavaliar a programação;
7. Orçar serviços de manutenção terceirizados ou próprios;
8. Realizar ou assessorar o proprietário na contratação de serviços;
9. Definir e implementar sistema de gestão da manutenção predial;
10. Orientar os usuários sobre uso adequado da edificação;
11. Assessorar o proprietário em situações de emergência;
12. Acompanhar o valor dos investimentos, bem como o valor do imóvel ao longo de sua vida útil, em função das atividades de manutenção executadas.

Manutenção, por definição, é o conjunto de atividades que garante e recupera os desempenhos de elementos e sistemas construtivos, conforme previsto em projeto e dentro do prazo de vida útil. Trata-se de atividade técnica de Engenharia, e assim sendo, deve ter responsável técnico.

A inexistência de Manutenção nos edifícios causa prejuízo funcional aos sistemas, perda precoce de desempenho e redução do prazo de vida útil. Logo, quando não se faz Manutenção, os gastos com reparos corretivos e reformas são maiores e ocorrem de forma mais acentuada e precoce nos edifícios.

Importante observar, ainda, que a Manutenção garante a funcionalidade e, principalmente, a segurança do uso das instalações e sistemas da edificação.

Se realizada sem critério técnico, a Manutenção pode causar falhas, gastos indevidos sem os benefícios esperados, danos materiais, físicos e psicológicos aos usuários e terceiros, além de desvalorização acentuada do imóvel, indenizações

acidentárias, condenações jurídicas por negligência, impedimento ao uso, interdições etc.

As falhas de manutenção podem ter diversas causas. Quando se realiza a Inspeção Predial, elas são analisadas para a classificação do grau de risco e para a descrição da orientação técnica. Podem ter origem em execução de atividades inadequadas; mau planejamento; uso indevido de materiais; deficiências com mão de obra; problemas com ausência de registros; contratos de terceirizadas incompatíveis com a realidade operacional das instalações, dentre outras.

A deficiência no diagnóstico das falhas causa retrabalho e gastos desnecessários, sem contar que o problema poderá ressurgir, agravando a situação e causando prejuízo ainda maior.

Outra distinção necessária é que Manutenção não é Reforma, Modernização e/ou Retrofit. Essas atividades alteram as características originais dos sistemas construtivos, fato que não ocorre na Manutenção.

As Reformas em geral podem ocorrer nas edificações para repor sistemas que já se encontram com vida útil ultrapassada, como também para alterar características.

As Reformas, tanto quanto as atividades de Manutenção, necessitam de profissionais habilitados para sua execução, porque envolvem prestações de serviços de Engenharia e Arquitetura. Logo, importante existirem responsáveis técnicos.

Rotina para a Manutenção Predial

O Responsável pelo serviço de Engenharia e Manutenção Hospitalar juntamente com uma equipe multifuncional (eletricista e aux. manutenção), encaminha-se a todos os setores inspecionando:

- A existência de rachaduras;
- Falhas ou desgaste de pintura ou revestimentos;
- Existência de pontos de infiltração de água;
- Verifica janelas e portas;
- Verifica instalações elétricas (interruptores, tomadas, luminárias e identificação de quadros elétricos);
- Verifica pontos de telefonia e lógica;
- Verifica instalações hidráulicas (torneiras, registros, sifão, ralos, vazamentos);
- Verifica a integridade das instalações físicas do SPDA (Sistema de Proteção Contra Descargas Atmosféricas).

1. Todos os itens apontados durante a inspeção devem ser anotados e para cada item ou tipo de serviço devem ser abertas Ordens de Serviço de Manutenção conforme normas, rotinas e procedimentos já descritos.
2. Caso não haja material disponível para execução do serviço é emitido pedido de compra com descrição do material e local a ser utilizado e encaminhado para a Unidade de Compras.

- Ações para a implantação do Programa de Manutenção Predial e de Equipamentos

- Planejar e Coordenar todas as atividades das equipes de manutenção, garantindo a satisfação crescente das áreas requisitantes;
- Elaborar o Planejamento de Manutenção Preventiva para os equipamentos e demais recursos da unidade;
- Elaborar, em conjunto com a área de Suprimentos, a relação de todas as peças e insumos necessários para garantir a reposição dos mesmos quando necessário, seja por manutenção corretiva ou preventiva;
- Manter atualizado o Prontuário do Equipamento, documento este, individual para cada equipamento cadastrado e existente nas dependências da unidade;
- Elaborar a relação de manuais e especificações de todos os equipamentos existentes na Instituição;
- Manter arquivo de endereços e contatos com todos os fabricantes dos equipamentos e dos prestadores de serviços de manutenção para sanear possíveis ocorrências;
- Elaborar condutas de ordem técnica e administrativa para os reparos de equipamentos e instalações a serem realizados;
- Zelar pela operação contínua dos recursos existentes na Instituição;
- Prestar atendimento de emergência às demais unidades da Instituição, a fim de promover a continuidade das atividades;
- Manter um registro de ocorrências de quebras de equipamentos, analisando as estatísticas e índices de eficiência dos mesmos, objetivando, por meio dos indicadores, a real taxa de disponibilidade dos equipamentos para a assistência;
- Manter um controle rígido sobre as ferramentas e dispositivos adequados para a atividade corretiva e preventiva da infra-estrutura da unidade;

- Cumprir os programas de manutenção, reparos, adaptações e/ou ampliações da estrutura da unidade mediante orientação técnica e aprovação da planta pelos Departamentos competentes;
- Avaliar e atestar os serviços executados por terceiros, seja por contratos de manutenção ou periódica, a fim de garantir a qualidade dos bens e proteger contra a depreciação.
- Assessorar na análise técnica e de viabilidade econômica quando da escolha de empresas prestadoras de serviços de manutenção preventiva.

ROTINAS E MANUTENÇÕES PREVENTIVAS NA MANUTENÇÃO PREDIAL

- Rotina de Inspeção Predial - Diário

- Vistoriar o prédio do Ambulatório - interno e externo
- Anotar na planilha necessidades de reparos verificados
- Especificar materiais necessários para reparações
- Encaminhar pedido de material para a Engenharia de Manutenção
- Verificar se tem o material em estoque
- Fazer pedido de compra se necessário
- Programar obra
- Solicitar a Unidade de SESMT avaliação de segurança

- Eletricista

Rotinas - Diário

- Verificar funcionamento e drenagem do compressor
- Verificar funcionamento da bomba de vácuo
- Verificar a Cabine de Entrada e Subestação
- Verificar as iluminações externas do Ambulatório
- Verificar sistema de incêndio e alarme
- Verificar funcionamento do PABX
- Inspecionar as instalações comuns dos andares
- Atender as Ordens de Serviço emitidas

Manutenções Preventivas – mensal

- Instalar e reparar sistemas elétricos de máquinas, equipamentos e redes de energia elétrica, substituindo fiação ou componentes, obedecendo às solicitações

recebidas e programação pré-estabelecida, adotando técnicas e conhecimentos específicos de sua área de atuação.

- Realizar a manutenção preventiva em circuitos e componentes elétricos, analisando a causa dos defeitos, desmontando e montando componentes e/ou conjuntos de equipamentos, substituindo peças de motores, bombas, ventiladores e outros, realizando testes de funcionamento.
- Atender os casos de emergência em seu turno de trabalho, analisando as possibilidades de reparos imediatos ou os procedimentos que poderão ser realizados posteriormente, solicitando orientações superiores.
- Inspecionar o quadro elétrico, efetuando medições, aperto de parafusos colchonetes e limpeza, para evitar o superaquecimento ou sobrecarga.
- Registrar nas ordens de serviço o tempo e material utilizado na execução das tarefas, visando controlar os custos dos serviços realizados e a posterior manutenção preventiva das máquinas e equipamentos.
- Ler e interpretar esquemas elétricos, fazendo cálculos de eletricidade, utilizando-se de aparelhos de medição elétrica.
- Realizar serviços gerais de elétrica nas dependências da instituição, instalando, reparando e/ou substituindo luminárias, tomadas, pontos de força, fiação e disjuntores.
- Ascender e desligar a iluminação interna e externa das áreas, acionando interruptores dos circuitos, visando reduzir os custos de energia elétrica e utilizando-a de maneira mais eficiente.
- Realizar e responder por outros trabalhos correlatos de acordo a necessidade do Setor.

- Ar Condicionado

- Realizar mensalmente o serviço de limpeza geral dos equipamentos, limpeza dos filtros de ar e condensadoras para retirar toda sujeira. Quando necessário, efetuar a revisão geral nos equipamentos, como: parte elétrica, mecânica, análise frigorífica, leitura e aferição de pressão de gás refrigerante.
- Mapear máquinas e equipamentos existentes no local e área de atendimento ao equipamento, por exemplo: sala de administração, para assim, poder ter uma identificação própria de cada equipamento e também, caso haja uma fiscalização do ministério da saúde (ANVISA).

- Atender também toda emergência solicitada pela contratante em caso do ar condicionado apresentar algum problema. Este atendimento emergencial deverá ter prazo de atendimento, ou seja, tempo de resposta por parte da contratada.
- Elaborar um cronograma anual constando o mês, os dias e a hora que irá prestar o serviço à contratante.
- Desenvolver um relatório individual da manutenção de todos os equipamentos da empresa com o intuito de atender ao PMOC – Plano de Manutenção, Operação e Controle.
- Emitir laudo conforme a legislação Portaria Nº 3523 de 1998 da ANVISA.

- Manutenção Preventiva de Equipamentos

- desenvolver e implementar procedimentos para definir os intervalos entre a realização das manutenções preventivas para todos os equipamentos inseridos no programa de gerenciamento, com o objetivo de identificar os perigos potenciais envolvendo a utilização do equipamento, causados por desgaste no equipamento que não estão visíveis ou defeitos que não tenham sido informados pelo usuário do equipamento. O procedimento deve documentar as metas da manutenção preventiva e demonstrar como os intervalos definidos estão de acordo com estas metas.
- A execução da manutenção preventiva em um equipamento médico pode ser realizada de acordo com os procedimentos de manutenção descritos no programa
- de gerenciamento. O resultado da manutenção preventiva deve ser documentado, contendo registro do procedimento realizado.
- A identificação de falhas e problemas com um equipamento deve ser registrada para que estas informações sejam utilizadas como parâmetro para justificar ou modificar os intervalos entre a realização de manutenções preventivas para este tipo de equipamento.

ROTINA DE MANUTENÇÃO CORRETIVA

1. A solicitação de manutenção de um determinado equipamento pode ser feita através de telefone, envio de OS, entrega pelo próprio usuário, entrega pelo serviço de patrimônio do EAS (utilizado principalmente em serviços públicos) e notificação a qualquer técnico do grupo que ocasionalmente esteja próximo ao equipamento. É necessário cuidado para o gerenciamento de ordens de serviços geradas por telefone. Por exemplo, o pessoal do grupo de manutenção emite uma OS quando

recebe a chamada telefônica do usuário e este, por sua vez, também expede outra OS. Esse fato pode duplicar documentos e criar confusões para o controle mensal de serviços executados. Para evitar esse tipo de transtorno, o grupo de manutenção deve elaborar um protocolo que autorize somente o usuário a emitir uma OS ou pedir ao usuário para não expedir OS em solicitações de serviço por telefone. Entretanto, para agilização do atendimento ao usuário, em nenhuma hipótese o grupo deve aguardar a chegada da OS a suas mãos. O serviço deve ser realizado assim que o técnico estiver disponível.

2. Qualquer que seja a forma da solicitação, a abertura de uma ordem de serviço deve ser feita de imediato. Existem grupos de manutenção que deixam um bloco de OS em cada departamento do EAS para ser preenchida pelo próprio usuário. Outros grupos, com maiores recursos computacionais, já possuem todos os equipamentos do EAS cadastrados em arquivos digitais e simplesmente providenciam junto ao solicitante o código do equipamento ou seu número de série, o nome do solicitante, o departamento e a causa da solicitação de conserto. Os técnicos do grupo devem ser sempre notificados de que equipamentos consertados sem abertura de OS não serão computados nem para o técnico, nem para o departamento, caindo assim a produtividade de ambos.

3. Em princípio, a OS deve ser encaminhada ao responsável pelo grupo, que deve verificar imediatamente se o equipamento está dentro do período de garantia de aquisição ou garantia de serviço (informação contida no Formulário para Histórico de Equipamento – vide página 61). Se o equipamento estiver em garantia, a rotina a ser adotada é a explicada na sub-rotina de garantia. Antes de enviar o equipamento a uma empresa ou representante técnico, é importante que o técnico tente identificar a causa da falha do equipamento, independentemente do defeito acusado na OS pelo usuário. A identificação da causa será registrada tanto no Formulário para Histórico de Equipamento quanto na Ficha Para Controle de Serviços Externos.

4. Para equipamentos sob contrato de manutenção, é necessário que o responsável verifique o tipo de contrato efetuado para o equipamento em questão. Se for contrato de manutenção por período determinado, deve então solicitar a presença do técnico ou enviar o equipamento para as oficinas da empresa prestadora de serviço. Neste caso, o procedimento a ser adotado será o estabelecido para serviços terceirizados. Em serviços sob contratos que exigem a presença do técnico da empresa contratada no local, é muito importante que ele esteja sempre acompanhado de técnico pertencente ao grupo de manutenção. O

acompanhamento do serviço por um técnico interno é valioso tanto para a sua aprendizagem como para a fiscalização do trabalho executado.

5. Caso o equipamento não esteja em garantia, o responsável deve definir a equipe ou o técnico que executará o serviço. É importante nessa etapa a elaboração de uma forma de registro da data de entrega do equipamento para o técnico, que servirá para o controle do tempo de reparo do equipamento. Sugerimos a utilização de uma agenda com a anotação da data prevista para a conclusão do serviço, a identificação do equipamento e o nome do técnico.

3. PLANO DE GESTÃO DE EQUIPAMENTOS

O Plano de Gestão de Equipamentos da unidade assegura as seguintes atividades:

- Levantamento do parque tecnológico, das necessidades de aquisição, instalação, manutenção e calibração;
- Garantir o pleno funcionamento dos equipamentos com segurança;
- Manter atualizada a documentação do parque tecnológico; e
- Desenvolver Planos Anuais de Manutenção Preventiva e Calibração dos equipamentos.

Levantamento e identificação do parque tecnológico

Para garantir o conhecimento da quantidade e da qualidade dos equipamentos existentes e para a estruturação do Plano de Gestão, o Banco de Sangue assegura as seguintes atividades:

- Realizar inventário de todos os equipamentos;
- Identificar os equipamentos por codificação própria. A identificação é única, permitindo a completa rastreabilidade;
- Verificar as condições gerais de funcionamento dos equipamentos e avaliar as condições de uso e segurança.

Manutenção preventiva

Os equipamentos sujeitos à manutenção preventiva são aqueles que direta ou indiretamente interferem nos produtos e serviços e cuja interrupção ou mau funcionamento venham a comprometer a qualidade, interromper o processo ou reduzir os resultados para limites não toleráveis.

Para o controle efetivo das manutenções, foi elaborado de um Plano de Manutenção Preventiva, que será atualizado anualmente.

O Plano Anual de Manutenção Preventiva da unidade contempla os seguintes itens:

- Descrição e Identificação do equipamento;
- Localização;
- Cronograma das manutenções.

Os equipamentos sujeitos à manutenção preventiva são identificados com uma etiqueta informando as datas da última e da próxima manutenção, conforme cronograma. Caso este controle não seja possível, o Banco de Sangue possui uma planilha de registro que permite o controle de forma simples e clara pelos usuários. Os relatórios de manutenção preventiva são individuais e independentes dos relatórios de manutenção corretiva.

Manutenção corretiva

A área usuária é responsável pela abertura e pelo registro de solicitação de manutenção corretiva sempre que ocorrer uma quebra ou falha do equipamento, a solicitação deverá ser feita ao setor de Compras/Almoxarifado através do encaminhamento da Solicitação de Manutenção para a tomada de providências, assegurando os registros e a sua rastreabilidade.

A Solicitação de Manutenção terá os seguintes itens:

- Identificação do equipamento;
- Localização;
- Responsável e área;
- Nome do solicitante;
- Descrição da falha e identificação do defeito no equipamento ou acessório;
- Horário e data de abertura;
- Apontamento da mão de obra;
- Descrição do serviço executado;
- Responsável pela execução do serviço;

Depois que a manutenção e os testes estiverem finalizados, o supervisor da unidade deverá registrar a eficácia do serviço, validando o mesmo na própria solicitação de manutenção do equipamento.

Calibração

Os equipamentos sujeitos à calibração são aqueles cujos parâmetros físicos de funcionamento interfiram diretamente na qualidade do produto ou serviço.

Na calibração de um equipamento, calibra-se o instrumento de medição responsável pela grandeza ou pelas grandezas de controle.

Para o controle efetivo das calibrações é elaborado um Plano de Calibração, que deverá ser atualizado anualmente.

Os equipamentos sujeitos à calibração são identificados com uma etiqueta informando as datas da última e da próxima calibração, conforme o cronograma. Caso este controle não seja possível, o Banco de Sangue possui uma planilha de registro que permite o controle de forma simples e clara pelos usuários.

Gestão de documentos

O histórico e a rastreabilidade das informações relacionadas à Gestão de Equipamentos tornam necessário o gerenciamento dos seguintes documentos:

- Manuais de operação e serviço;
- Relatórios de manutenção executados;
- Certificados de calibração.

Validação de processo

A validação será executada pela área usuária, após a realização dos testes de funcionamento dos equipamentos.

Execução de serviços

A Gestão de Equipamentos deverá providenciar junto à Gerência Administrativa os recursos necessários para a execução dos serviços de manutenção e calibração.

Para as manutenções corretivas serão contratadas empresas com as habilidades necessárias, devidamente comprovadas mediante atestados de capacidade técnica e/ou certificados de treinamento de capacitação profissional, histórico de manutenções já realizadas, relatório de avaliação e qualificação de fornecedores e avaliação de mercado.

Serão observados os seguintes itens para firmar contratos de prestação de serviços:

- Prazos para o atendimento dos chamados de manutenção, observando a necessidade de atendimento fora dos horários comerciais, nos feriados e finais de semana;
- Inclusão de fornecimento de peças;
- Inclusão de fornecimento de equipamento reserva;
- Inclusão de transporte do equipamento ou de suas partes para manutenção fora da unidade;

-
- Para serviços de calibração, a contratada deverá apresentar certificado de calibração dos equipamentos, atendendo à NBR ISO 17025:2005;

Levantamento de necessidades, aquisição, instalação e retirada de uso

Levantamento de necessidades: as necessidades de equipamentos devem ser levantadas pela área usuária, em conjunto com o médico e a supervisão da unidade, que deve definir as características necessárias do equipamento a ser adquirido.

Aquisição

As solicitações de compra e as propostas de orçamentos deverão ser apresentadas à Gerencia Administrativa para aprovação e posteriormente ao setor de Compras / Almoxarifado para aquisição.

O setor de Compras / Almoxarifado irá deve definir, em conjunto com as demais áreas envolvidas, a forma de aquisição do equipamento (compra, comodato, locação, entre outras).

Recebimento

A Supervisão da unidade informará o setor de Compras / Almoxarifado da entrega do equipamento para dar andamento ao processo de recebimento, à documentação solicitada e aos demais processos necessários para a instalação.

Identificação

Após os testes de funcionamento do equipamento e sua validação, o mesmo deverá ser identificado e incluído no plano de gestão de equipamentos, atualizando os Planos de Manutenção Preventiva e de Calibração.

Retirada de uso e obsolescência

São condições para a retirada de uso:

- O equipamento não atende à demanda;
- Perda de confiabilidade referente ao equipamento;
- Mudança dos parâmetros do processo;
- Mudança das normas;
- Custo/benefício para reparo;
- Riscos/falhas de operação;
- O equipamento não apresenta condições de uso.

A Supervisão da unidade deverá encaminhar informações ao setor de Compras / Almojarifado sobre a necessidade de retirada de funcionamento de equipamentos.

- ENGENHARIA CLÍNICA

Ao se implantar um sistema de manutenção de equipamentos médica unidade ares é necessário considerar a importância do serviço a ser executado e principalmente a forma de gerenciar a realização desse serviço. Não basta a uma equipe de manutenção simplesmente consertar um equipamento – é preciso conhecer o nível de importância do equipamento nos procedimentos clínicos ou nas atividades de suporte (apoio) a tais procedimentos. É necessário conhecer a história do equipamento dentro do EAS, a que grupo ou família de equipamentos ele pertence, sua vida útil, seu nível de obsolescência, suas características de construção, a possibilidade de substituição durante a manutenção; enfim, tudo o que se refira ao equipamento e que possa, de alguma maneira, subsidiar o serviço de manutenção, visando obter segurança e qualidade no resultado do trabalho. Todos esses dados vão auxiliar o técnico na análise para detecção de falhas, no conhecimento sobre a urgência da realização do serviço, no estabelecimento de uma rotina de manutenção preventiva e na obtenção do nível de confiabilidade exigido, já que uma manutenção inadequada poderá colocar em risco a vida do paciente.

Assim, a ABEDESC se compromete a:

- Contratação de empresa especializada para o fornecimento de gases medicinais;
- Contratação de empresa especializada para manutenção corretiva e preventiva do sistema de distribuição de gases medicinais, eliminando ou reduzindo ao mínimo as perdas de gases medicinais nas tubulações;
- Contratação de empresa especializada para manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médico-hospitalares existentes na unidade;
- Contratação de empresa especializada para a manutenção preventiva e corretiva das instalações físicas da unidade.

NORMA DE CRITICIDADE DE EQUIPAMENTOS – TECNOVIGILÂNCIA**OBJETIVO**

Garantir a redução da probabilidade de ocorrência, severidade e recorrência de incidentes relacionados a dispositivos médicos, a citar: equipamentos, acessórios, aparelhos de apoio e diagnóstico.

Levantar as condições que levaram à ocorrência dos incidentes e subsidiar as ações de investigação dos mesmos.

Estabelecer o grau de criticidade e impacto na assistência conforme classificação de risco dos equipamentos.

Promover estudo epidemiológico para elucidar e evitar possíveis reincidências que causem agravo à saúde.

Fornecer informações estruturadas que embasem um trabalho educativo, de formação e atualização dos operadores e usuários internos.

a) Tecnovigilância

É um estudo de série de casos definidos a partir da exposição a um risco comum durante a utilização de dispositivo médico, podendo resultar em agravo a saúde.

A Tecnovigilância tem como função principal a prevenção ou minimização de riscos, provenientes de possível falha do equipamento médico.

Como medida preventiva convém difundir as boas práticas de utilização dos referidos dispositivos, assim como, a pontualidade nas notificações dos incidentes.

A partir dessa premissa, desencadeia-se processo investigativo e aplicabilidade de medidas que assegurem a qualidade dos serviços prestados.

b) Histórico

A Tecnovigilância foi iniciada na Europa, em 1986, onde os países membros da União Europeia, a partir dos registros e avaliação de qualquer disfunção ou alteração das características e/ou desempenho do dispositivo médico, assim como qualquer inadequação na rotulagem ou no manual de instruções, tendo este ou não provocado a morte ou degradação do estado de saúde do paciente ou operador, levavam estas informações aos órgãos competentes que aplicavam as medidas cabíveis.

Na França, a declaração dos incidentes ou risco de incidentes envolvia três entidades: os fabricantes, os usuários e os terceiros (profissional da saúde não

usuário, familiares dos pacientes ou qualquer outra pessoa que tenha uma informação relativa ao incidente).

Compete aos fabricantes designar um responsável e replicando a informação ao Ministério da Saúde. Este tem como responsabilidade o registro e avaliação dos incidentes ou riscos de incidentes considerados graves, visando o bom funcionamento do sistema de tecnovigilância, coordenando as ações dos diferentes envolvidos e verificando o cumprimento dos processos preconizados e da regulamentação.

No Brasil, compete à "Unidade de Tecnovigilância da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA" receber os relatos obrigatórios dos profissionais e fabricantes e, na sequência executar todas as investigações e acompanhamento.

Outros dois departamentos do Ministério da Saúde, a citar: Ouvidoria e o "Disque-Saúde", também são responsáveis pela escuta das reclamações voluntárias dos usuários ou pacientes, que junto ao departamento de Tecnovigilância - ANVISA emitem pareceres técnicos e se necessário, assumem o controle da situação.

c) A Engenharia Clínica

Alinhado a filosofia da ABEDESC no que se refere à *prestação de assistência direcionada ao diagnóstico e resolubilidade com qualidade, eficiência e humanização*, descrevemos os objetivos:

Detectar ocorrências (falhas) dos dispositivos, informando-as aos profissionais envolvidos, bem como aos distribuidores e/ou fabricantes, contemplando ainda a Vigilância Sanitária e seus órgãos competentes.

Prover educação continuada aos usuários internos e externos;

Estabelecer o grau de responsabilidade de toda equipe, assim como o fabricante, através de investigação dos incidentes e das condições que levaram à sua ocorrência;

Divulgar as informações referentes às ocorrências registradas, soluções encontradas e medidas de prevenção de possíveis ocorrências;

Implantar e coordenar a política de prevenção de danos dos equipamentos biomédicos, visando a otimização dos recursos financeiros empregados nas manutenções corretivas.

d) Classificação de Riscos de Equipamentos Médico-Hospitalares

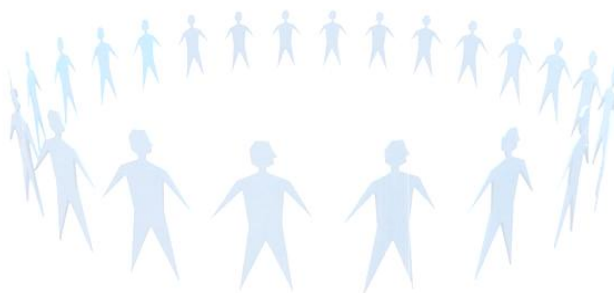
Os equipamentos foram divididos em 4 grupos, de acordo com a criticidade, ou seja, os riscos que oferecem aos pacientes e sua essencialidade.

Risco IV – Equipamentos que podem ocasionar óbitos, sequelas irreversíveis ou infecção hospitalar ao paciente, por falha de funcionamento ou operação incorreta.

Risco III – Equipamentos que podem ocasionar lesões ao paciente em caso de falha de funcionamento ou operação incorreta.

Risco II – Equipamentos que prejudicam o atendimento ao paciente em caso de falha de funcionamento.

Risco I – Equipamentos que auxiliam o tratamento, porém não oferece risco ao paciente.



E) DESCRIÇÃO DETALHADA DAS CARACTERÍSTICAS E ESTRATÉGICAS DE IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES VOLTADAS À QUALIDADE:**Cultura da Qualidade**

A inexistência de uma cultura consistente pelo valor da Qualidade apresenta inúmeros desafios na condução do processo de implantação e implementação da Qualidade no contexto da assistência à saúde nas Unidades Prestadoras de Serviço, sejam estas públicas ou privadas.

A ABEDESC, visando a qualidade assistencial e a satisfação do cliente compromete-se a um atendimento de qualidade como desenvolvimento de uma atenção competente.

Outro princípio importante é a melhoria contínua, para isso será disseminada na instituição a cultura de que há sempre uma maneira melhor de realizar um trabalho, processo contínuo de avaliação das atividades aplicando diariamente por todos da instituição.

Podemos citar alguns pontos importantes para a garantia da qualidade nos serviços prestados na UPA:

- **PADRONIZAÇÃO DOS PROCESSOS:** A padronização é uma importante ferramenta gerencial, dentro de qualquer processo funcional, com os objetivos de garantir os resultados esperados para cada tarefa realizada, garantir a manutenção da qualidade e dar a segurança aos profissionais na execução de tarefas, para isso serão criados os Procedimentos Operacionais.

- **SEGURANÇA DO PACIENTE E GERENCIAMENTO DE RISCOS:** Conforme às recomendações do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), a ABEDESC objetiva prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos nos serviços de saúde, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, através do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas e tecnologias, que visem garantir a qualidade dos processos na Instituição, incluídas ações de controle sanitário e regulamentação, imprescindíveis para identificar precocemente a ocorrência de eventos que afetam a segurança do paciente.

- **MATRICIAMENTO COM A REDE BÁSICA E ESPECIALIZADA:** Confirmando nossos objetivos durante o desenvolvimento desse projeto a integração com a rede sobretudo, à atenção primária se torna eixo norteador em nossa proposta gerencial, embora o objeto de gestão se refere a um Hospital, não há que se falar

em gestão individualizada em sim gestão em redes, portanto a proposta do matriciamento, alta e relatórios qualificados, além de colegiados permanentes de discussão se tornam as principais ferramentas de gestão da ABEDESC para concretizar a integração com a Rede SUS. A Integração com a rede traz para a centralidade do projeto a instituição de protocolos assistenciais e o fortalecimento da classificação de Risco, já citado nas ações de gestão do cuidado de nosso projeto.

- CONTROLE DE RESULTADOS – MONITORAMENTO DE INDICADORES DE QUALIDADE: A ABEDESC acredita na qualidade da assistência à saúde e humanização dos serviços, portanto se preocupa com a mensuração de resultados obtidos. Sendo assim as metas propostas estão em consonância com as próprias ferramentas gerenciais do SUS.

- CAPACITAÇÃO E FORMAÇÃO PERMANENTE: A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma proposta ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial. Nessa perspectiva, A ABEDESC institucionaliza a Política de Educação Permanente em Saúde como estratégia fundamental para a formação e o desenvolvimento dos seus trabalhadores, buscando articular a integração através da interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços. Por isso a necessidade de seleção rigorosa de seus trabalhadores.

A seguir colocaremos as ações a serem implantadas para garantir a qualidade dos serviços:

A) Implantação Das Comissões Técnicas Internas

As diversas comissões hospitalares são criadas com o objetivo de melhorar as atividades de assistência aos pacientes e os processos de trabalho interno. As atividades servem como instrumento de gestão oferecendo subsídios a Diretoria da instituição. As comissões são compostas por profissionais com a responsabilidade de analisar e produzir dados e protocolos dentro de suas especificidades.

Todas as reuniões das comissões serão registradas em ata e devidamente arquivadas e se reunirão em reuniões ordinárias mensais.

Em obediência ao que estabelece a legislação, serão implantadas as Comissões de Ética Médica, de Revisão de Prontuários, de Revisão de Óbitos e de Controle de Infecção.

A ABEDESC implantará as Comissões exigidas no edital e também de Ética de Enfermagem, Controle de Infecção Hospitalar e Gerenciamento de Resíduos, por serem também obrigatórias em serviços de pré-hospitalar fixo e/ou hospitalar.

As Comissões, que se reunirão mensalmente de acordo com cronograma pré-estabelecido e/ou de acordo a necessidade.

Segue abaixo a lista com as devidas comissões e especificações:

Comissão de Prontuários

1. FINALIDADE

Atender a resolução CFM Nº. 1.638 de 10 de julho de 2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Administrativa da instituição.

2. COMPOSIÇÃO

A composição deverá ser de dois membros médicos, dois membros da Direção Administrativa, um membro do Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME e um enfermeiro (a).

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades por tempo a ser definido pela Diretoria Administrativa em comum acordo com a Diretoria Técnica.

3. MANDATO

O mandato será de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Direção Administrativa em comum acordo com a Direção Técnica.

A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria pela Direção Administrativa a cada dois anos em local visível e de fácil acesso bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

O presidente da comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pela Direção Administrativa da instituição bem como os cargos de vice-presidente e secretário.

No caso de substituição de um ou mais membros, cabe a Direção Administrativa em comum acordo com a Direção Técnica realizar novas nomeações através de portaria.

4. SEDE

A sede da comissão será a unidade de SAME.

5. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

As reuniões acontecerão conforme a necessidade, sendo obrigatório uma reunião ordinária mensal.

A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Na ausência do presidente, o vice assume suas funções. Na ausência do vice cabe ao secretário presidir a reunião.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata e arquivada contendo: data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Além das reuniões ordinárias a cada dois meses poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice Presidente.

6. ATRIBUIÇÕES

São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário Médico:

I – A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

- a) Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.
 - b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe.
 - c) Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora.
 - d) Normatizar o preenchimento das contra-referências conforme orientação da Direção Clínica e Direção Técnica.
 - e) Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da instituição.
- d) Tipo de Alta.

II – Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

III – Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

IV – Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

V – Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

VI – Desenvolver atividades de caráter técnico – científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

São atribuições do Presidente da Comissão:

- a) Convocar e presidir as reuniões.
- b) Indicar seu vice-presidente.
- c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.
- d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta.
- e) Fazer cumprir o regimento.

Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

- a) Organizar a ordem do dia.
 - b) Receber e protocolar os processos e expedientes.
 - c) Lavrar a ata das sessões/reuniões.
 - d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
 - e) Organizar e manter o arquivo da comissão.
 - f) Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.
- Controle pela Direção Médica - Supervisão e acompanhamento.
 - As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRPM, em conjunto com o Diretor Técnico da instituição.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

O presente regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria Administrativa da instituição e passará a ser divulgado publicamente entre seus colaboradores.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO

Capítulo I

Artigo 1º - A Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) da Unidade, será constituída por um número mínimo de 4 membros nomeados pelo Diretor Clínico, e suplente designado pelo efetivo se necessário.

Representantes a serem, deliberados:

SAME

Pediatria

Pronto Socorro

Enfermagem

Faturamento

Capítulo II

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 2º - São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

I - Estabelecer normas para avaliar a qualidade das informações contidas no prontuário:

II - Recomendar formulários, divulgar folders, cartazes, e artigos de revistas com assuntos pertinentes ao prontuário, esclarecimentos sobre importância do preenchimento do prontuário, bem como os fundamentos legais nos quais a CRP se ampara para desempenhar o seu trabalho.

III - Competência da CRPM:

Em Conformidade com a resolução de Conselho Federal de Medicina nº 1638, de 10 de julho de 2002, a CRP deve observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte eletrônico ou papel:

Identificação do paciente - nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP), e exames anexados;

Anamnese, exame físico, hipótese diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos ao qual o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e / ou armazenados em meio eletrônico;

Nos prontuários em suporte de papel, é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios a assinatura e respectivo número do Conselho de Classes.

Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ ou a remoção para outra unidade.

Compete a CRP a nomeação de outras comissões nos setores onde se julgar necessários.

IV - Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, a chefia das clínicas e a direção técnica da unidade.

V - A CRP deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

CAPITULO III

DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Artigo 3º - A CRPM requisitará ao Serviço de Arquivo Médico (SAME), os prontuários selecionados segundo as normas estabelecidas pela CRPM, para avaliação.

Artigo 4º - A CRPM avaliará os prontuários por amostragem: 10% do total de Altas do mês. Na amostragem, o número de prontuários avaliados será proporcional ao número de internações em cada clínica.

Artigo 5º - A escolha do prontuário é aleatória.

Artigo 6º - A avaliação de prontuários será feita através de roteiro elaborado e aprovado pela CRPM;

Artigo 7º - As avaliações serão tabuladas em planilhas e serão encaminhadas aos setores interessados.

CAPITULO IV

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 8º - Este Regimento Interno está em consonância com a resolução CFM Nº 1.638, de 10 de julho de 2002:

Artigo 9º - Este Estatuto poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Comissão de Ética

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Em cumprimento à RESOLUÇÃO CFM n.º 1.657/2002, alterada parcialmente pela Resolução CFM n.º 1.812/2007, a ABEDESC estabelecerá a implantação da Comissão de Ética Médica (CEM) com função sindicante, educativa e fiscalizadora do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

Composição

Será composta por 1 (um) presidente, 1 (um) secretário e demais membros efetivos e suplentes e será instalada obedecendo ao critério de proporcionalidade definido pelo porte do serviço: 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes.

Não poderão integrar a Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Conforme alterado pela Resolução CFM n. 1.812/07, o mandato da Comissão de Ética será de até 30 (trinta) meses.

Conteúdo

- Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitem os preceitos éticos e legais;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;
- Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;
- Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;
- Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
- Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;
- Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;
- Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;
- Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

- Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;
- Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;
- Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
- Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.
- A escolha dos membros da CEM será feita mediante eleição direta, dela participando os médicos que compõem o Corpo Clínico do estabelecimento, conforme previsto no Regimento Interno do Corpo Clínico, inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de Medicina.
- A convocação da eleição será feita pelo diretor clínico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.
- A Comissão de Ética Médica será composta pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para a sua composição.

Membros componentes:

6 médicos efetivos e 6 médicos suplentes

Objetivos da Comissão para o primeiro ano de Contrato:

- Eleição da Comissão de Ética e seu regimento de acordo resolução do CFM 1657/2002.
- Nomear os membros da Comissão;
- Validação da Comissão pelo CRM;
- Validação do Regimento Interno;
- Elaboração de Cronograma das reuniões mensais;
- Elaboração de relatórios a direção;
- Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;
- Educação Continuada – criar um sistema que garanta que os pacientes, os profissionais de saúde e os visitantes sejam orientados sobre questões éticas;
- Desenvolver atividades de caráter técnico – científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição;

- Proceder à sindicância a pedidos de interessados, médicos, Conselho ou por iniciativa própria, visando diminuir conflitos e dúvidas existentes na Instituição;
- Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Medicina na Instituição, identificando as condições oferecidas pela mesma, para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado à clientela, pela equipe médica;
- Identificar e recomendar as estratégias e as medidas de saúde referente aos conflitos éticos;
- Divulgar a magnitude e a importância do código de ética e seus respectivos indicadores;

- Cronograma de Atividades Anual
- Reuniões Mensais

Frequência das reuniões:

- Reunião da comissão organizadora da eleição semanalmente até a ocorrência do pleito. Em seguida, de acordo com a demanda dos serviços

Controle pela Direção Médica

Acompanhamento

As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (CEM)

I. FINALIDADE

Criadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 1970 e estabelecidas formalmente por meio de resolução em 1985, as Comissões de Ética Médica (CEMs) correspondem ao "braço" dos Conselhos Regionais dentro das instituições. Cabe a CEM as funções de opinar e educar sobre as questões referentes ao correto desempenho ético da profissão (junto ao corpo clínico, direção e usuários), fiscalizar as condições de trabalho médico e o atendimento prestado e promoção de sindicâncias voltadas a situações específicas nos hospitais.

II. COMPOSIÇÃO

A CEM é composta por um presidente e um secretário no total de dez membros médicos, sendo cinco titulares e cinco suplentes, cujo número é proporcional à quantidade de médicos que atuam no Corpo Clínico da Instituição.

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria.

O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria Técnica, de acordo com as necessidades e perfil da Instituição.

A critério da Diretoria e da própria Comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da Comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

III. ELEIÇÕES:

São organizadas por uma Comissão Eleitoral Autônoma, garantindo transparência a todo o processo.

Como representante legítima da classe profissional, a CEM é eleita por meio de voto direto de todos os médicos que fazem parte do corpo clínico, independente do tipo de vínculo.

O período de atuação da CEM corresponderá a 24 meses.

IV. IMPEDIMENTOS

Não poderão participar como candidatos a membros da CEM os médicos que exercerem cargos de direção no Hospital, como Diretor Clínico, Diretor Executivo e Diretor Técnico. Quando investidos dessas funções após terem sido eleitos, deverão se afastar. Nesse caso o membro efetivo será substituído pelo suplente.

Se por qualquer motivo o participante da CEM deixar de fazer parte do Corpo Clínico da Instituição, seu mandato cessará automaticamente.

V. SEDE

A sede da Comissão será a sala das comissões, a ser disponibilizada no Hospital, com a infra-estrutura básica necessária para seu funcionamento.

VI. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática. Na ausência do presidente ou secretário, os membros da Comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice Presidente. Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Diretoria Clínica.

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo programa do Núcleo de Informação Hospitalar.

VII. ATRIBUIÇÕES

São atribuições da Comissão de Ética Médica

Opinião

Educação

Fiscalização

Sindicâncias

Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;

Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição;

Assegurar a credibilidade aos médicos, melhorar a imagem da Instituição e aprimorar a relação médico/paciente.

São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas

- a) Convocar e presidir as reuniões;
- b) Indicar seu vice-presidente;
- c) Representar a comissão junto à Diretoria da Instituição, ou indicar seu representante;
- d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- e) Fazer cumprir o regimento. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

São atribuições e competências da secretária da Comissão

- a) Organizar a ordem do dia;
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- d) Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- e) Organizar e manter o arquivo da Comissão;
- f) Preparar a correspondência;
- g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretária;

VIII DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CEM, em conjunto com o Diretor Clínico da Instituição.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM**DEFINIÇÃO**

É um órgão supervisor da ética profissional na Instituição, representando os Conselhos Regional e Federal de Enfermagem, com a finalidade de: educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à Ética Profissional de Enfermagem.

REGULAMENTAÇÃO

Lei nº. 5.905 / 1973 do COREN

Resolução nº. 172 / 1994

VIGÊNCIA

12 meses permitindo reeleição

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem da Instituição através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e auditoria;
Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem da Instituição;

Colaborar com o COREN, no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética dos profissionais de enfermagem.

INDICADORES

Total de Enfermeiros com Inscrição no COREN

Total de Técnicos / Total de Auxiliares

Total de funcionários capacitados

Total de processos Éticos analisados

FUNIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

O presidente da Comissão, assim como todos os membros, será nomeado por Portaria Interna pela Direção. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

Deverão ocorrer Reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definido e realizado mensalmente.

Cronograma de Atividades Educativas e Epidemiológica Anual.

Ata das reuniões, bem como Relatório com plano de ação, indicadores e metas:

Mensal – a ser entregue a coordenação local (gerencia de risco)

Cronograma de reuniões ordinárias Anual

Regimento Interno

Objetivos da Comissão para o primeiro ano de Contrato

Nomeação pela Gerência de Enfermagem dos membros da Comissão, após identificar, entre os profissionais, indivíduos com perfil;

Validação do COREN – SP da Comissão;

Validação do Regimento Interno pela Comissão;

Elaboração de relatório mensal;

Educação Permanente: Criar um sistema que garanta que os pacientes, os profissionais de saúde e os visitantes sejam orientados sobre questões éticas;

Manter atualizado o cadastramento de todos da equipe de Enfermagem;

Divulgar o código de Ética e demais normas disciplinares e Éticas da categoria;

Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem na instituição, identificando as condições oferecidas pela mesma, para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado à clientela, pela equipe de Enfermagem;

Manter portaria atualizada.

PROPOSTA PARA REGIMENTO- COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

CAPITULO I

CARACTERISTICAS GERAIS – DEFINIÇÃO

Artigo 1º - A Comissão de Ética de Enfermagem (C.E.E) é órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem em caráter permanente junto às Instituições de Saúde, tendo funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício nas referidas instituições.

CAPITULO II

NATUREZA E FINALIDADES

Artigo 2º - A Comissão de Ética de Enfermagem é reconhecida pela Diretoria/Chefia/Gerência ou Divisão de Enfermagem da Instituição de Saúde à que pertence, estabelecendo com ela uma relação de independência e autonomia, cientificando e assessorando a mesma sobre os assuntos afetos a esta.

Parágrafo Único – A Comissão de Ética de Enfermagem deverá notificar a Diretoria/Chefia/Gerência ou divisão de Enfermagem da Instituição de Saúde a que pertence o calendário de suas reuniões e/ou atividades.

Artigo 3º - A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:

Garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem da Instituição através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e auditoria;

Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem da Instituição;

Colaborar com o COREN, no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética dos profissionais de enfermagem.

CAPITULO III

DAS ELEIÇÕES

Artigo 4º - Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem serão eleitos através de voto facultativo secreto e direto

Artigo 5º - A Comissão de Ética de Enfermagem vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, que será responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados de pleito.

Parágrafo 1º - Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos.

Parágrafo 2º - A Convocação para a eleição será feita através de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data estabelecida para a votação. Prazo este também para as inscrições e divulgação dos candidatos.

Parágrafo 3º - Os candidatos serão subdivididos em dois grupos:

Grupo I correspondente ao Quadro I, da categoria de Enfermeiros e Grupo II correspondente ao Quadros II e III, respectivamente dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Parágrafo 4º - Os candidatos poderão indicar, no ato da inscrição, até dois fiscais, entre os profissionais de enfermagem da Instituição, para o acompanhamento do processo eleitoral e fiscalização da apuração.

Parágrafo 5º - As inscrições serão encerradas 30 (trinta) dias antes da data do pleito, quando a Comissão Eleitoral deverá enviar ao COREN a relação dos candidatos e seus respectivos fiscais, para averiguação das condições de elegibilidade, quando o COREN-SP deverá expedir declaração, sem ônus para os candidatos.

Parágrafo 6º - Os candidatos ao pleito deverão ter os seguintes requisitos:

I – Ter no mínimo 2 anos de inscrição definitiva e estarem em dias com suas obrigações junto ao COREN.

II – Os candidatos não devem estar envolvidos em processo ético no COREN.

Parágrafo 7º - Os candidatos não devem estar respondendo a nenhum processo administrativo na Instituição.

Artigo 6º - A data de votação fica estabelecida para o último dia útil do mês xxxxx, devendo a posse ocorrer até o dia dd/mm do mesmo ano.

Parágrafo 1º - Os enfermeiros eleitores votarão nos candidatos do Grupo I e os técnicos e auxiliares nos candidatos do Grupo II.

Parágrafo 2º - O processo eleitoral será aberto e encerrado pelo Presidente da Comissão Eleitoral ou por seu eventual substituto.

Artigo 7º - A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do processo eleitoral podendo ser assistida por todos os interessados.

Parágrafo 1º - Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem o maior número dos votos válidos no Grupo I e Grupo II, e os resultados finais deverão ser enviados ao COREN no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o pleito.

Parágrafo 2º - Em caso de empate entre dois ou mais candidatos da mesma categoria, proceder ao desempate de acordo com o tempo de exercício na Instituição empregadora na categoria eleita. Caso persista o empate considerar-se a o profissional com o número de registro mais antigo no Conselho como vencedor.

Parágrafo 3º - Protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados por escrito dentro de, no máximo, 48 horas após as eleições e encaminhados, em primeira instância, à Comissão Eleitoral, em segunda instância à C.E.E e, por último, a instância superior – COREN.

Artigo 8º - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral, podendo esta formular consultas ao COREN.

CAPITULO IV

COMPETÊNCIA

Artigo 9º - Compete às Comissões de Ética de Enfermagem:

Divulgar e fiscalizar o exato cumprimento do Código de Ética, da Lei e do Decreto sobre o Exercício dos Profissionais de Enfermagem, bem como das Resoluções e Decisões do COFEN e do COREN dentro da Instituição.

Opinar, normatizar, orientar e fiscalizar sempre em relação ao desempenho ético da profissão.

Manter atualizado o cadastro de todos os profissionais de enfermagem que trabalham na Instituição.

Realizar sindicância sobre o fato notificado, quando julgar necessário, convocando os profissionais envolvidos e suas testemunhas, tomando à termo seus depoimentos, verificando o exercício ético da profissão, as condições oferecidas pela Instituição para o exercício profissional, a qualidade do atendimento prestado aos pacientes e sugerindo as modificações que venham à julgar necessárias;

Encaminhar o relatório de sindicância juntamente com o parecer da CEE ao COREN, no prazo máximo de trinta dias, sujeito a prorrogação, ao se constatar indícios de possível infração ética, arrolando-se todos os documentos comprobatórios necessários afetos a este, com cópia para a respectiva Diretoria/Chefia/Gerência ou Divisão de Enfermagem da Instituição.

Nos casos de não se constatar indícios de infração ética, a CEE deverá encerrar a sindicância, arrolando todos os documentos, elaborando o relatório final e arquivando o processo na instituição.

Cientificar à Diretoria/Chefia/Gerência ou Divisão de Enfermagem da Instituição sobre todos os relatórios conclusivos das Sindicâncias ali instauradas pela CEE.

Elaborar, quando necessário, conjuntamente com o COREN, padrões éticos suscitados por modernos métodos de diagnóstico e terapêutica de complexa tecnologia, para que sejam adotados pela equipe de enfermagem e por grupos multiprofissionais qualificados.

Solicitar aos responsáveis pela Diretoria/Chefia/Gerência ou Divisão de Enfermagem, assim como, aos responsáveis pelos outros serviços da Instituição de Saúde, informações e comprobatórios quando julgados indispensáveis para a elucidação dos fatos que estão sendo apurados.

Artigo 10º – Compete aos membros da Comissão de Ética de Enfermagem.

Eleger Presidente, Vice-Presidente e Secretário.

Comparecer às reuniões da Comissão, discutindo e opinando sobre matérias em pauta.

Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão prevista neste regimento.

Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem responder sindicâncias.

CAPITULO V

ESTRUTURA

Artigo 11º – A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por Enfermeiros, Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem com vínculo empregatício com a Instituição de Saúde, executando-se àqueles profissionais que sejam membros da Diretoria nos órgãos de classe ou que sejam Diretor/Chefe/Gerente de Enfermagem, na referida Instituição.

Parágrafo Único – A Instituição de Saúde poderá fazer com que a Instituição de Ensino que solicita campos de Estágio se comprometa em participar de processos de sindicância quando necessário.

CAPITULO VI

COMPOSIÇÃO

Artigo 12º – Para a constituição de uma Comissão de Ética de Enfermagem, a Instituição de Saúde deverá contar no seu quadro de pessoal de enfermagem, no mínimo, 10 (dez) enfermeiros.

Artigo 13º – A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser constituída por 5 membros efetivos, sendo 3 enfermeiros, 2 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e 5 membros suplentes sendo 3 enfermeiros e 2 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem.

Parágrafo 1º - Os membros efetivos serão designados para as funções de Presidente, Vice-Presidente e Secretário, através de votação interna pelos membros que se elegeram para a Comissão de Ética de Enfermagem.

Parágrafo 2º - As funções de Presidente e Vice-Presidente deverão ser exercidas exclusivamente por enfermeiros.

Parágrafo 3º - A C.E.E. somente poderá deliberar com a presença da maioria simples de seus membros.

Parágrafo 4º - Os membros efetivos poderão solicitar a participação dos suplentes nos trabalhos da C.E.E.

CAPITULO VII

ATRIBUIÇÕES

Artigo 14º – Ao Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem compete:

Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão.

Planejar e controlar as atividades programadas ou não da Comissão.

Elaborar relatório com os resultados dos casos analisados e encaminhá-lo à Diretoria/Chefia/Gerência ou Divisão de Enfermagem para ciência.

Elaborar parecer final para ser encaminhado ao COREN em casos que sejam constatadas infrações éticas.

Artigo 15º – Ao Vice-Presidente da Comissão compete:

Participar das reuniões da C.E.E.

Colaborar no planejamento e controle das atividades da C.E.E.

Substituir o Presidente na ausência do mesmo.

Artigo 16º – Ao Secretário da C.E.E. compete:

Secretariar as reuniões e registrá-las em ata.

Verificar o quorum nas sindicâncias.

Realizar as convocações dos denunciados e denunciantes, bem como das testemunhas.

Organizar arquivo referente aos relatórios de sindicância.

Executar as atividades internas que lhe forem atribuídas ou delegadas.

Elaborar conjuntamente com o Presidente da Comissão os relatórios das Sindicâncias.

Artigo 17º – Aos suplentes da C.E.E., compete:

Participar e colaborar nos trabalhos da C.E.E.

Atender às convocações da reunião da C.E.E.

CAPITULO VIII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 18º – A C.E.E. deverá se reunir uma vez por mês ordinariamente, em dia, hora e local pré-determinados.

Artigo 19º – A C.E.E. deverá se reunir extraordinariamente quando a importância do fato assim o exigir.

Artigo 20º – O quorum para as decisões corresponde à maioria simples dos membros da Comissão.

Artigo 21º – Na desistência de um ou mais membros efetivos da C.E.E., os mesmos serão automaticamente substituídos pelos suplentes de acordo com o número de votos obtidos na eleição. Na ausência destes no momento, cientificando-se formalmente o COREN a esse respeito.

Parágrafo Único – Em casos excepcionais a Instituição de Saúde poderá encaminhar nome (no máximo três) de profissionais ao COREN, que fará a indicação para preenchimento de vagas existentes.

Artigo 22º – A ausência não justificada a mais de 3 reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro efetivo da C.E.E., sendo convocado o suplente correspondente. Tal exclusão e a correspondente substituição deverão ser comunicadas formalmente ao COREN.

Artigo 23º – Quando um dos membros da C.E.E., estiver envolvido na sindicância, o mesmo, será convocado normalmente a prestar esclarecimentos ficando contudo, impedido de dar continuidade às suas atividades na Comissão, durante a vigência da sindicância.

Artigo 24º – Quando um dos convocados não comparecer na data da sindicância, deverá apresentar justificativa junto a CEE até 3 dias após a referida data. Se a justificativa não for aceita pela C.E.E., o fato deverá ser comunicado ao COREN sob forma de denúncia, ficando assim sujeito às penalidades impostas.

Artigo 25º – Os trabalhos de sindicância dar-se-ão por encerrados assim que todos os aspectos do fato estiverem esclarecidos. Havendo necessidade, a C.E.E. poderá convocar e organizar sindicâncias sobre o mesmo fato tantas vezes quantas forem necessárias.

Artigo 26º – Se houver a necessidade da presença de profissionais de outras áreas, os mesmos poderão participar dos trabalhos de sindicância na qualidade de convidados.

Artigo 27º – A C.E.E. deverá enviar ao COREN, até o dia xx/mm de cada ano, sobre suas atividades dentro da instituição, correspondente ao ano anterior, incluindo aí o número de sindicâncias abertas e demais dadas considerados importantes, para análise do COREN.

Artigo 28º – O COREN, baseado nos resultados obtidos através dos relatórios anuais enviados pela C.E.E., promoverá Seminários com os componentes da C.E.E. para orientações e esclarecimentos.

Artigo 29º – As Comissões de Ética de Enfermagem eleitas anteriormente à promulgação desta Decisão, terão seus mandatos prorrogados até a posse da C.E.E. a ser eleita e empossada no ano de

OBJETIVOS DA COMISSÃO PARA O 1º ANO

Nomeação pela Gerência de Enfermagem dos membros da Comissão, após identificar, entre os profissionais, indivíduos com perfil;

Validação do COREN – SP da Comissão;

Validação do Regimento Interno pela Comissão;

Elaboração de relatório mensal;

Educação Permanente: Criar um sistema que garanta que os pacientes, os profissionais de saúde e os visitantes sejam orientados sobre questões éticas;
Manter atualizado o cadastramento de todos da equipe de Enfermagem;
Divulgar o código de Ética e demais normas disciplinares e Éticas da categoria;
Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem na instituição, identificando as condições oferecidas pela mesma, para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado à clientela, pela equipe de Enfermagem;
Manter portaria atualizada.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANUAL

Reuniões Mensais: Todas as terças quarta feira dos meses;
Reuniões Semestrais: análise anual com implementação de Metas para o 2º ano de ação.
- Controle pela Direção de Enfermagem - Supervisão e acompanhamento.
- As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH

A Comissão de Controle de Infecção desenvolve de forma sistemática o rastreamento de infecções em todas as unidades, notifica os casos, consolida os dados em indicadores, promove campanhas de prevenção e desenvolve ações de combate e controle de surtos e epidemias.

A CCIH da unidade deverá:

Elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

Implantar um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares,
Adequar, implementar e supervisionar as normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;

Capacitar o quadro de funcionário e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;

Implantar o uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;

Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;

Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;

Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento;

Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares;

Definir, em conjunto com a Unidade de Farmácia a política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;

Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;

Elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;

Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;

Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização e/ou produtos industrializados.

Membros componentes:

A CCIH deverá ser composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados. Os membros da CCIH serão de dois tipos: consultores e executores, sendo que o Presidente ou Coordenador da CCIH será qualquer um dos membros da mesma, indicado pela direção da unidade hospitalar.

Os membros consultores serão os representantes, dos seguintes serviços:

- Serviço médico;
- Serviço de enfermagem;
- Serviço de farmácia;
- Laboratório de microbiologia;
- Administração.

Os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e, portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar;

Os membros executores serão:

Técnicos de nível superior da área de saúde, sendo, no mínimo 1 enfermeiro e 1 médico.

Objetivos no 1º. Ano: Elaborar, implementar, manter e avaliar Programa de Controle de Infecção Hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações descritas na seção COMPETÊNCIA da Portaria MS 2616 de 12/05/98.

Frequência das reuniões

- Semanal até a conclusão do Plano de Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares. Em seguida, mensal rotineiramente.
- Extraordinariamente nos casos de alterações de comportamento epidemiológica nos diversos setores do hospital.
- Controle pela Direção Médica - Supervisão e acompanhamento.
- As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO

CAPÍTULO 1

JUSTIFICATIVAS LEGAIS

Artigo 1º - A Comissão de Controle de Infecção da Unidade _____, designada através de Portaria Interna, executa o papel de Assessoria à Diretoria Médica.

CAPÍTULO 2**DAS FINALIDADES**

Artigo 2º - A Comissão tem a finalidade de desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações do Programa de Controle de Infecção.

CAPÍTULO 3**DA COMPOSIÇÃO**

Artigo 3º - As ações do Programa de Controle de Infecção serão realizados pelos membros executores (grupo executor) desta comissão, indicados para este fim pela Diretoria do hospital observando a portaria N. 2616 / 1998 do Ministério da Saúde.

Artigo 4º - A CCIH é composta por:

I) Membros Executores:

- Médico, com conhecimentos específicos no controle de infecção.
- Médico Infectologista (quando aplicável).
- Enfermeiro com conhecimentos específicos na área de controle de infecção.
- Administrativo

II) Membros Consultores (Grupo Normativo):

Representante da Área Médica: (Médico)

Representante do Serviço de Farmácia: (Farmacêutico)

Representante do Serviço de Enfermagem

Representante da Administração

Parágrafo Único: Cabe aos membros executores o cumprimento e a execução das rotinas estabelecidas pela comissão.

CAPÍTULO 4**DA COMPETÊNCIA**

Artigo 5º - Ao presidente da CCI compete:

Presidir as reuniões ordinárias;

Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;

Encaminhar aos membros consultores as propostas técnicas e administrativas de funcionamento da CCIH para apreciação e aprovação;

Representar a CCIH sempre que solicitado;

Nos impedimentos, este indicará um representante para substituí-lo.

Artigo 6º - À CCIH compete:

Definir diretrizes institucionais e operacionais para o controle de infecções hospitalares;

- Aprovar e promover a implantação de normatizações para a prevenção e controle das infecções hospitalares;

Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações do Programa de Controle de Infecção Hospitalar;

Sugerir prioridades de ação para o controle das infecções hospitalares;

Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões da CCIH;

Avaliar periodicamente os dados referentes à ocorrência de infecções hospitalares apresentados pelos membros executores;

Comunicar regularmente à Direção e às Chefias dos Serviços de todo o hospital a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate entre a comunidade hospitalar;

Cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Sanitária do órgão municipal ou estadual;

Notificar ao Serviço de Vigilância local casos ou surtos, confirmados ou suspeitos de infecção associadas à utilização de insumos e produtos industrializados.

Artigo 7º – Compete aos membros executores:

Elaborar, implementar e manter um programa de vigilância e controle de infecções hospitalares.

Elaborar e divulgar relatórios mensais sobre os principais indicadores epidemiológicos relacionados ao controle de infecções hospitalares.

Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, instituindo as medidas de controle necessárias.

Sugerir medidas que resultem na prevenção ou controle das infecções hospitalares.

Propor e colaborar com os setores de treinamento no desenvolvimento de programa de capacitação de recursos humanos nas questões ou temas que possibilitem o controle e a prevenção das infecções hospitalares.

Elaborar, propor e implementar normas e rotinas técnico – administrativas, em conjunto com os diversos setores do hospital que estejam envolvidos, visando o controle e a profilaxia das infecções hospitalares, bem como supervisionar a sua aplicação.

Desenvolver um programa de controle do uso de antimicrobianos, em colaboração com os vários setores.

Participar das comissões de padronização de medicamentos.

Promover a notificação e providenciar o envio, aos órgãos competentes, dos registros das doenças de notificação compulsória e auxiliar na sua investigação epidemiológica.

Artigo 8º Compete aos membros consultores:

Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da CCIH.

Sugerir e participar das discussões a respeito de medidas de controle de IH a ser implementadas pelos membros executores.

Colaborar com os membros executores promovendo a divulgação e o cumprimento das medidas de controle de IH dentro de suas respectivas áreas de atuação.

CAPÍTULO 5

DO FUNCIONAMENTO

Artigo 9º – A CCIH será presidida por um médico infectologista ou médico com experiência comprovada na área de controle de Infecção Hospitalar (IH), nomeado através de Portaria Interna pela diretoria médica.

Parágrafo único – por experiência comprovada entende-se o cumprimento dos itens abaixo:

- a) Participação como membro efetivo da CCIH por período mínimo de 3 anos;
- b) Ter freqüentado cursos especializados ou treinamentos prático em controle de IH, ministrado por órgão público ou credenciado;
- c) Participação de eventos científicos relacionados a IH, tais como Congressos, simpósios, jornadas;
- d) Ter produção científica na área (comunicações em congressos, publicações em revistas científicas;

CAPÍTULO 6

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 10º – São atribuições do enfermeiro (membro executor)

Realizar vigilância das infecções hospitalares através do método de busca ativa;

Fornecer a taxa mensal de infecção hospitalar das unidades sob vigilância;

Recomendar e suspender isolamentos para pacientes na área hospitalar, de acordo com as normas de isolamento padronizada pela CCIH.

Participar da investigação de surtos de infecção, junto com os demais membros do grupo executor;

-
- Coletar materiais suspeitos de contaminação para investigação;
- Normatizar junto com outros membros do grupo executor o uso de germicidas hospitalares;
- Participar da elaboração de normas para prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Fazer revisão das Normas de Prevenção de Controle de Infecção periodicamente;
- Programar e elaborar programas educativos relacionados ao controle de infecção para equipe multi-profissional da área hospitalar;
- Participar de projetos de pesquisa em controle de infecções hospitalares;
- Realizar treinamentos para a equipe da área da saúde quanto a prevenção de infecção hospitalar e prevenção acidentes com material contaminado;
- Realizar auditoria para avaliar o cumprimento do Programa de Controle de Infecção (PCIH);
- Dar parecer técnico quanto à aquisição de material e equipamento médico – hospitalar;
- Participar das discussões de construção ou reforma na área física hospitalar, quando solicitado pela administração;
- Dar parecer técnico quanto ao reprocessamento de artigo médico – hospitalar;
- Participar de visita técnica e emitir parecer técnico na contratação de empresa prestadora de serviço, como farmácia de preparo de nutrição parenteral, esterilização em óxido de etileno e lavanderia hospitalar;
- Participar de grupos de interesse para o controle das infecções hospitalares como: grupo de feridas, cateter, reuso, etc.;
- Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria n. 2616/98 do Ministério da Saúde e as demais em vigência.
- Artigo 11º – São atribuições do médico (membro executor):
- Assessorar a investigação epidemiológica em colaboração com as equipes das unidades envolvidas e demais membros executores;
- Proceder a investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitas de surtos, em colaboração com os demais membros executores;
- Recomendar e suspender isolamentos para pacientes na área hospitalar, de acordo com as normas de isolamento padronizada pela CCIH;
- Assessorar a Diretoria Clínica sobre as questões relativas ao controle de infecções hospitalares;

Participar das discussões de construção ou reforma na área física hospitalar, quando solicitado pela administração;

Periodicamente fazer revisão nas Normas de Prevenção de Controle de Infecção Hospitalar;

Participar de projetos de pesquisa em controle de infecções hospitalares;

Manter-se atualizado nas questões relativas ao controle de infecções hospitalares e uso de antimicrobianos;

Elaborar, em conjunto com as unidades de internação, os protocolos para consumo de antimicrobianos, com a finalidade de racionalizar e melhorar o consumo em cada unidade;

Executar o programa de uso racional de antimicrobianos;

Divulgar periodicamente os perfis microbiológicos e de sensibilidade dos diversos setores do hospital;

Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIH;

Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria n. 2616/98 do Ministério da Saúde e as demais em vigência;

Atuar na Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares através de reuniões, aulas e educação em serviço;

Assistir as áreas de apoio nos problemas referentes ao controle das infecções hospitalares;

Capacitar os profissionais de saúde para o controle das Infecções Hospitalares.

Artigo 12º – A Farmácia do Hospital subsidiará a CCIH nos seguintes quesitos:

Monitorar o consumo de antimicrobianos, em especial aqueles mais tóxicos e mais caros;

Elaborar relatórios sobre o consumo, custos e frequência de uso de antimicrobianos;

Elaborar rotinas para uso de antimicrobianos, em comum acordo com a CCIH e o corpo clínico, especialmente antibioticoprofilaxia em cirurgia e antimicrobianos especiais e não padronizados;

Rever anualmente a padronização dos antimicrobianos do hospital, em conjunto com a CCIH;

Participar da investigação dos casos suspeitos de contaminação por Soluções Parenterais e outros;

Participar da padronização e formulação das soluções germicidas, bem como do uso e controle interno da qualidade destes produtos;

Participar de visita técnica e emitir parecer técnico na contratação de empresa prestadora de serviço, como farmácia de preparo de nutrição parenteral.

CAPÍTULO 7

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 13º- A secretaria da CCIH funciona das 8:00 às 17:00 de segunda a sexta-feira, contando para isso com um técnico administrativo.

Artigo 14º- As reuniões da CCIH são realizadas mensalmente, na sala de reuniões da Divisão de Enfermagem, com agendamento anual, convocadas pelo Presidente.

Artigo 15º-As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário e poderão ser solicitadas pôr qualquer membro da CCIH.

Artigo 16º-As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 17º-Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 18º- Nenhum membro da CCIH, com exceção do Presidente, pode falar em nome da comissão sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pela CCIH ou para emissão de notas oficiais a imprensa escrita ou falada.

Artigo 19º- A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida a apreciação da Diretoria.

Artigo 20º- Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

COMISSÃO ANÁLISE DE NOTIFICAÇÃO DE ÓBITOS

INTRODUÇÃO

A mortalidade hospitalar expressa o resultado do processo assistencial. No entanto, esse resultado sofre a interação de uma série de processos assistenciais e gerenciais extremamente complexos e cuja influência no resultado final é difícil de ser mensurada, tais como o estabelecimento de condutas sem o esclarecimento diagnóstico adequado, infecções hospitalares, uso inadequado de medicamentos, manutenção deficiente de equipamentos médicos e sistemas de infraestrutura, acidentes transfusionais, iatrogenias, entre outros. Nas

atividades diárias de uma instituição de saúde, inúmeras ações podem ser objeto de atenção e fonte de informação para processos de avaliação de qualidade e melhoria de desempenho, desta forma ajudando a reconhecer e sanar as falhas do processo assistencial.

OBJETIVOS

1. Avaliar a qualidade da assistência prestada na Unidade a partir da análise dos óbitos hospitalares;
2. Detectar a ocorrência de eventos adversos (acidentes ou falhas operacionais) que podem comprometer a qualidade da assistência ou influir no curso da internação, indicando necessidade de revisão do processo assistencial e a avaliação do funcionamento da própria Unidade.
3. Avaliar a adequação da história clínica de admissão, da evolução, da investigação diagnóstica desencadeada pela hipótese diagnóstica inicial e da terapêutica instituída.

DAS ATRIBUIÇÕES

- a) Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- c) Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- d) Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- e) Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- f) Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
- g) Zelar pelo sigilo ético das informações;
- h) Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado, bem como assessorar a Diretoria Clínica em assuntos de sua competência;
- i) Elaborar rotina de encaminhamento ao Serviço envolvido e Comissão de Ética dos casos pertinentes.
- j) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre na busca da qualidade com atuação de Educação Permanente;

INTEGRANTES

Será constituída por pelo menos cinco membros médicos e um enfermeiro, designados pelo diretor técnico, assim representados:

Serviço de Clínica Médica – médico

Serviço de Pediatria – médico

Serviço de Enfermagem - enfermeiro

MANDATO

24 meses, podendo ser renovável conforme definição da diretoria.

FUNCIONAMENTO

Reuniões com periodicidade mensal em local especificado, assim como envio de indicadores e informações;

Ausência sem justificativa de um membro em três reuniões consecutivas ou seis reuniões não consecutivas no período de 12 meses gera sua exclusão automática;

Decisões por aprovação (votação aberta) da maioria, com voto de minerva do primeiro integrante a chegar na reunião;

- Controle pela Direção Médica - Supervisão e acompanhamento.
- As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

METODOLOGIA

Análise dos prontuários de óbitos Unidade pela CRO, utilizando-se instrumento específico de coleta de dados com padronização das variáveis;

FONTES DE INFORMAÇÃO

1. Prontuário do paciente
2. Relatório de alta
3. Declaração de óbito
4. Relato cirúrgico
5. Anotações médicas
6. Anotações de enfermagem.

VARIÁVEIS ANALISADAS

Autoexplicativas:

1. Idade
2. Sexo

3. Data da internação
 4. Dia, data e hora do óbito
 5. Diagnóstico de admissão
 6. Diagnóstico final e causa mortis
 7. Óbito antes do início do tratamento
 8. Óbito antes de 48 horas
 9. Óbito no ato cirúrgico ou anestésico
 10. Óbito no pós-operatório imediato
 11. Acidentes ou falhas operacionais Categorizadas:
 12. Confirmação do diagnóstico: clínico (baseado na evolução clínica e resposta terapêutica), clínico-laboratorial (confirmação diagnóstica baseada em resultados de exames de patologia clínica ou de imagens), cirúrgico (expresso no relatório cirúrgico) ou anatomopatológico (resultado de necropsia ou de exame anatomopatológico). Quando não há enquadramento em nenhum desses critérios é classificado como não confirmado;
 13. Anamnese adequada: inclui história da doença atual, história patológica pregressa, história familiar e história social colhida até 24 horas após a admissão, com dados completos de identificação;
 14. Exame físico adequado: registro de avaliação de todos os segmentos e sistemas;
 15. Evolução adequada: evolução médica e de enfermagem diária, constando hora e data, assinada e carimbada;
 16. Exames complementares adequados: realização de exames compatíveis com o diagnóstico inicial ou o diagnóstico principal;
 17. Terapêutica adequada: compatível com o diagnóstico inicial ou o diagnóstico principal;
 18. Óbito desassistido: quando o óbito ocorre sem a presença de um profissional da equipe de saúde envolvida na assistência ao paciente;
 19. Infecção hospitalar: qualquer infecção surgida após 72 horas da internação do paciente, podendo se manifestar durante a internação ou após a alta, ou surgida antes de 72 horas após realização de procedimento invasivo diagnóstico ou terapêutico, associável ao processo infeccioso;
 20. Dia mais frequente;
 21. Horário de predomínio.
- PS.: O não enquadramento da anamnese, exame físico, evolução, exames complementares

e terapêutica nos critérios especificados classifica a variável como inadequada ou inexistente, de acordo com critérios definidos.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Atender a resolução do CFM de nº 1.779/2005 que regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da declaração de óbito.

Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

A revisão dos óbitos é um importante instrumento de controle de qualidade nas instituições, bem como o conhecimento das causas de morte pode contribuir para o aprimoramento da assistência à saúde.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 1º - A Comissão de Revisão de Óbitos (CRO) da Unidade, será constituída por pelo menos cinco membros médicos e um enfermeiro, designados pelo superintendente, assim representados:

Serviço de Clínica Médica – supervisor médico

Serviço de Pediatria – supervisor médico

Serviço de Enfermagem

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 2º - São atribuições da Comissão de Revisão de Óbitos:

- a) Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- c) Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- d) Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- e) Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;

- f) Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
- g) Zelar pelo sigilo ético das informações;
- h) Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado, bem como assessorar a Diretoria Clínica em assuntos de sua competência;
- i) Elaborar rotina de encaminhamento ao Serviço envolvido e Comissão de Ética dos casos pertinentes.
- j) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre na busca da qualidade com atuação de Educação Permanente;

§ 10 - São atribuições do Presidente da Comissão

- a) Convocar e presidir as reuniões;
- b) Indicar seu vice-presidente;
- c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;
- d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- e) Fazer cumprir o regimento.

Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva). Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

§ 20 - São atribuições dos membros da CRO

- a) Comparecer às reuniões;
- b) Realizar o trabalho de coleta dos dados dos prontuários conforme determinado no capítulo anterior
- c) Efetuar estudos, coletar informações e preparar relatos determinados pelo presidente;
- d) Propor planos e estudos para a melhoria de qualidade da comissão e assistência hospitalar no que tange a assuntos de interesse e competência da comissão de óbitos
- e) Votar e justificar seu voto nas decisões colocadas em votação pelo presidente.

§ 30 - São atribuições e competências da secretária da Comissão

- a) Organizar a ordem do dia;
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;

- d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- e) Organizar e manter o arquivo da comissão;
- f) Preparar a correspondência;
- g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria;
- h) Solicitar ao Serviço de Arquivo Médico (SAME) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPITULO IV

DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Artigo 3º - A Comissão de Óbitos, requisitará ao SAME, os prontuários selecionados segundo as normas estabelecidas pela mesma.

Artigo 4º - A comissão distribuirá os prontuários em escala de rodízio, entre os membros da comissão, para que os mesmos funcionem como relatores, elaborando parecer sobre o assunto.

Artigo 5º - O relator terá um prazo de cinco dias úteis para elaborar o seu parecer. Em casos excepcionais poderá haver solicitação de aumento do prazo.

Artigo 6º - Nos dias de reunião extraordinária da comissão, os relatores apresentarão seus pareceres que serão apreciados pelos demais membros.

Artigo 7º - Os prontuários não poderão ser retirados de dentro do Hospital.

CAPÍTULO V

DAS REUNIÕES

Artigo 8º - As reuniões deverão acontecer mensalmente, com data, local e horários previamente definidos e informados.

Artigo 9º - Para realização dos trabalhos da comissão, os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria da unidade.

Artigo 10º - A ausência de um membro em três reuniões distintas durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Artigo 11º - Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Artigo 12º - As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, através de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 13º - As reuniões deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo de expediente e decisões tomadas.

Artigo 14º - Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo por todos os membros.

CAPITULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 15º - Este Regimento está em consonância com a portaria conjunta MEC/MS, nº 01/9.

Artigo 16º - Este Regimento poderá ser alterado:

Após avaliação de desempenhos se for o caso;

Pelas eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Serviços de Saúde (CGRSSS) é a comissão criada para atuar no Hospital, estruturada e organizada de acordo com a legislação em vigor, a partir de um plano de gerenciamento, com fim precípuo de preservação da saúde pública e do meio ambiente.

Finalidade:

Atender à Resolução 358/05 do CONAMA, a RDC 306/04 da ANVISA, e a Lei 12.305 de 02 de Agosto de 2010, que institui a Política Nacional de resíduos Sólidos.

São atribuições desta comissão:

- Elaborar, implementar, manter e avaliar Plano de Gerenciamento de Resíduo Hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:
- Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle dos resíduos hospitalares;
- Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle dos resíduos hospitalares;
- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Higienização e Limpeza hospitalar e aprovar as medidas de controle propostas pela CGRSSS;
- Elaborar e divulgar, regularmente e comunicar, periodicamente, à diretoria geral da instituição, a situação do controle dos resíduos hospitalares;

- Elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando a redução de resíduos perigosos e incidência de acidentes ocupacionais a saúde pública e meio ambiente;
- Cooperar com o setor de treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito a prevenção e redução dos riscos ao meio ambiente por meio do Gerenciamento de Risco criado pelo hospital;
- Elaborar regimento interno para a CGRSSS;
- Cooperar com a ação dos órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes.

Composição:

Deve ser composta por, pelo menos membros dos setores de enfermagem, CCIH, Segurança do Trabalho e farmácia.

Funcionamento e Organização:

As reuniões deverão ser realizadas na última sexta-feira útil de cada mês, em dia, hora e local designados com antecedência mínima de 4 (quatro) dias úteis, e sempre que necessário, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes. As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Objetivos para o primeiro ano de Contrato:

- a) Melhorar as medidas de segurança e higiene no ambiente hospitalar;
- b) Contribuir para o controle de infecção hospitalar e acidentes ocupacionais;
- c) Proteger a saúde pública e o meio ambiente;
- d) Reduzir o volume e a massa de resíduos contaminados;
- e) Estabelecer procedimentos adequados para o manejo de cada grupo;
- f) Estimular a reciclagem dos resíduos comuns não contaminados de forma a contribuir com a preservação dos recursos naturais;
- g) Conscientizar a todos, através da educação ambiental a importância da redução de resíduos.

COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A Comissão de Segurança do Paciente da Unidade de pronto Atendimento irá atuar na identificação, monitoramento, análise, notificação e prevenção dos riscos relacionados à ocorrência de eventos adversos (incidentes que resultam em dano à saúde, ou seja, em comprometimento da estrutura ou função do corpo), garantindo uma assistência segura e de qualidade ao paciente.

Os membros da Comissão deverão se reunir mensalmente para analisar as ocorrências, realizar notificações de eventos adversos à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e propor medidas para redução de sua ocorrência. A Comissão será formada por uma equipe multidisciplinar e os seus membros são indicados pela Diretoria da UPA.

Os eventos adversos poderão ser notificados por todos os profissionais de saúde por meio do formulário, que estará disponível na unidade.

Não é necessária a identificação da pessoa que está preenchendo o Formulário.

**- PROPOSTA DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO**

Na nossa visão, o Usuário/Acompanhante avalia o desempenho do serviço não só pela forma no qual foi ofertado, mas principalmente através da comparação com o que esperava do atendimento. Diferentes níveis de desempenho são percebidos pelos Clientes, em uma espécie de teste contínuo em que uma só expectativa não atendida, pode gerar insatisfação.

A implantação de um Serviço de Atendimento ao Usuário visa aprofundar a escuta, melhorar a qualidade do serviço prestado e ampliar o conhecimento das providências tomadas a partir das reclamações/sugestões dos usuários.

Critérios considerados para aperfeiçoar a atenção ao usuário:

- Melhorar a informação do usuário sobre o conteúdo, organização e funcionamento dos serviços de saúde contratados;
- Ampliar a comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários;
- Incentivar a autonomia dos usuários fortalecendo o processo de autocuidado;
- Construção de um plano terapêutico singularizado

-
- Respeitar os direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;
 - Respeitar a decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;
 - Garantir o sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;
 - Garantir o direito de assistência religiosa e espiritual aos pacientes, por ministro de qualquer culto religioso;
 - Publicizar e esclarecer os direitos dos pacientes, quanto aos serviços oferecidos.
 -
 - Disponibilizar de maneira visível o nome dos profissionais de plantão na unidade

O serviço de Atendimento ao Cliente/Usuário ainda terá atribuição o desenvolvimento de estratégias e ações de suporte ao usuário e atuação junto às equipes para instrumentaliza-las com essa finalidade. São exemplos de ações: a construção de um instrumento orientação com indicação das Formas de Notificação, Recepção, Orientação Social aos usuários e familiares na Emergência; elaboração de um instrutivo com Definição de Horários, Critérios e Medidas de Controle de Risco para as visitas aos usuários em observação; elaboração de um instrutivo com orientações sobre as formas de acomodação e conduta para os acompanhantes de usuários idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais conforme previsão da legislação vigente.

A metodologia que utilizamos para viabilizar esta proposta inclui:

- Organização dos serviços em cadeias múltiplas de clientes;
- Redução nas variações dos processos;
- Registro de dados de qualidade, como também dos processos e problemas presentes no local de trabalho;
- Controle da causa raiz e não dos sintomas.

A Satisfação do Cliente/Acompanhante está diretamente correlacionada à expectativa de atendimento versus percepção dos "momentos de verdade", dos encontros obtidos. Nossa pesquisa avalia diversos atores em cenários diferentes.

Ao se avaliar o entendimento do Cliente/Acompanhante de informações consideradas relevantes, avalia-se também o papel dos diversos atores na transmissão das informações, no momento do repasse das informações e das anotações no prontuário.

Nossa pesquisa se inicia quando desejamos ouvir do Cliente se ele foi chamado pelo nome após ter se apresentado na UPA em qualquer local.

Se ele percebeu interesse do Enfermeiro e do Médico em ouvir suas queixas. Se ele sentiu segurança na Equipe, se todos os esclarecimentos foram dados em relação ao seu caso, diagnóstico, os procedimentos a serem realizados e suas dúvidas (Baseado no "Ask me three questions").

Se ele saiu mais bem informado sobre o seu caso, e se retornaria ou recomendaria o Serviço.

B) PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Deverão ser realizados, juntamente com a chefia do setor, a cada três meses, treinamentos de atualização com o objetivo de corrigir eventuais problemas relacionados com as atividades assistenciais, áreas de apoio técnico e atividades gerenciais da unidade.

- Capacitação continuada das áreas de apoio, tais como: limpeza, portaria, segurança e administração;
- Capacitação de todos os profissionais técnicos para atuar no acolhimento com avaliação e classificação de risco;
- Capacitação dos profissionais para atuar utilizando os dispositivos da Política Nacional de Humanização;
- Capacitação dos profissionais da emergência em protocolos de suporte da vida e demais protocolos emergenciais;
- Cursos de capacitação permanente/ continuada;
- Programa capacitação para atenção a pessoa idosa
- Prevendo que usuários idosos sejam usuários prevalentes cabe implantar um programa capacitação para atenção a pessoa idosa.

As diretrizes que nortearão o programa de atenção a pessoa idosa e a capacitação de todas as equipes da UPA são:

- Atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, baseado em critérios de risco;
- Informação sobre os direitos, incluindo presença de acompanhante de sua rede social (livre escolha);
- Valorização e respeito à velhice;
- Reconhecimento e respeito às crenças e modelos culturais dos usuários em seus planos de cuidado, para favorecer a adesão e a eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis;
- Implementar ações para reduzir hospitalizações e aumentar habilidades preparatórias para a alta hospitalar;
- Atenção integral à saúde da pessoa idosa.

Estas diretrizes acima relacionadas nortearam a transversalidade do cuidado desde o acolhimento, incluindo a internação nas unidades clínicas, cirúrgicas e fechadas até a alta do usuário com todas as informações necessárias e adequadas para o cuidado à saúde, incluindo o sistema de referência para o retorno ao sistema de saúde, através da estratégia de saúde da família.

Do mesmo modo poderão ser desenvolvidos convênio de Cooperação Técnica com Entidades de Ensino para desenvolvimento de estágios curriculares, treinamentos e residências; parcerias com Instituições para desenvolvimento de Projetos de Pesquisa na área da emergência e/ou de saúde pública; bem como, parcerias para desenvolvimento de projeto em educação permanente com vista à capacitação da equipe interdisciplinar da Unidade de Pronto Atendimento – UPA.

C - PROPOSTA PARA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS:**Horário de Funcionamento:**

- Segunda à sexta-feira das 08:00h às 17:00h.

Objetivo do Serviço

Realizar arquivo da documentação dos pacientes, garantindo a segurança e a confidencialidade das informações, elaborando estatísticas e relatórios gerenciais para a instituição e demais órgãos competentes.

O Serviço de Prontuário de Paciente tem como função básica ter todos os cuidados específicos com o prontuário do paciente, desde a sua abertura, arquivamento, até a coleta, consolidação e análise dos dados para realização de estatísticas.

Um dos pontos de maior criticidade para o SAME está em manter a rastreabilidade do prontuário. Para isso deve registrar toda a movimentação do paciente e controle de prontuários, zelando por estes documentos. A unidade manterá o arquivo físico dos prontuários conforme normatização específica.

Atribuições Específicas do SAME

- Localizar e fornecer prontuários solicitados.
- Receber, revisar e ordenar os prontuários de pacientes que saírem de alta;
- Manter o controle de saídas e devolução de prontuários médicos, quando solicitados;
- Atender aos pacientes e/ou familiares, prestando-lhes as informações solicitadas;
- Arquivar e custodiar os prontuários;
- Manter o registro numérico nos prontuários médicos (sistema informatizado);
- Receber, conferir e manter o censo diário atualizado;
- Preparar os relatórios estatísticos mensais, trimestrais e anuais, de interesse da unidade;
- Calcular os indicadores de saúde requeridos pela unidade;
- Encaminhar ao setor de Contas Médicas os dados estatísticos, para efeito de apuração dos custos hospitalares;
- Receber e providenciar respostas de informações aos interessados, quando autorizados pela Diretoria da UPA DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO.

Protocolos e Rotinas**Arquivo Médico:**

- retirada (e arquivamento) de prontuário para atendimento de ambulatório e/ou internação;
- Manter sempre atualizada a documentação do prontuário do paciente;
- Revisar periodicamente as seções de arquivamento, corrigindo eventuais falhas;
- Selecionar prontuários para uso das comissões hospitalares;
- Colaborar nas pesquisas científicas e nos trabalhos de investigação, quando solicitado.

Estatística:

- Compaginar e fazer revisão de identificação dos prontuários médicos dos pacientes egressos;
- Manter o controle do uso das informações dos diferentes índices;
- Codificar diagnósticos existentes no prontuário;
- Manter índices de doenças (arquivo nosológico), segundo normas estabelecidas;
- Processar informações coletadas e revisadas (censo diário de internação, agenda de consultas ambulatoriais) para o relatório mensal. Além do Ambulatório, Emergência e Central de Internações, também são obtidas informações de outros setores: Radiologia, Laboratório, Enfermagem e Serviço Social;
- Preparar relatório estatístico mensal e anual.

Solicitação de Prontuários

A solicitação de cópia de prontuários médicos deve ser feita unicamente na recepção, em qualquer horário e dia da semana. A retirada dos documentos impressos é realizada posteriormente em até 10 dias úteis, também na recepção nos seguintes horários: de segundas a sextas feiras, das 08h00min às 17h00min.

Prontuários de pacientes de alta, óbito e transferência.

Diariamente a equipe do SAME encaminha prontuários de pacientes que saíram de alta, óbito ou transferência. Esses prontuários são conferidos mediante protocolo e encaminhados para análise e codificação de procedimentos. Depois de codificadas, as contas são encaminhadas para emissão de AIH (Autorização de Internação Hospitalar).

As contas autorizadas são digitadas em sistema próprio do SUS e posteriormente é emitido um resumo gerado pelo próprio sistema. Esse resumo é anexado ao prontuário juntamente com a conta rascunhada e digitada.

Os prontuários são devolvidos ao SAME após a finalização de todo processo de digitação e conferência de dados.

Prontuários de pacientes internados.

Mensalmente a equipe de Faturamento analisa todos os prontuários dos pacientes que ainda estão internados, pois o sistema permite que o faturamento das contas de alta complexidade a cada procedimento cirúrgico realizado não importando o tempo e o intervalo de cada cirurgia. Essas contas são codificadas pelos médicos auditores e na finalização é informada alta administrativa. O processo de digitação e conferência segue o mesmo fluxo de pacientes de alta.

Atendimentos ambulatoriais e emergenciais.

Diariamente a equipe do Ambulatório encaminha todas as fichas e consultas realizadas no dia anterior.

O Faturamento codifica e lança os dados em planilha elaborada pela Unidade de Faturamento.

No final de cada mês essa informação é digitada em sistema de BPA-C (Boletim de Produção Ambulatorial – Consolidado) e BPA-I (Boletim de Produção Ambulatorial – Individualizado).

- Guarda de Prontuários

A responsabilidade pelo prontuário cabe ao médico e aos outros profissionais assistentes que o utilizam, à hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias de clínica, diretor da divisão médica, diretor técnico (Resolução CFM n.º 1.638/02).

A guarda do prontuário é da responsabilidade do hospital ou da clínica que lhe presta atendimento.

De acordo com a Resolução do CFM n.º 1.639/02, é norma legal os documentos médicos em suporte de papel serem arquivados por tempo não inferior a vinte anos, a partir da data do último registro de atendimento do paciente.

Os prontuários de parto serão arquivados por dezoito anos, conforme estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente (artigo 10). Findo o prazo, o original poderá ser substituído por outros métodos de registro que possam restaurar as

informações nele contidas (Lei n.º 5.433/68; Resolução do CFM n.º 1.639/02; Parecer do CFM n.º 23/89), isto é, arquivados eletronicamente em meio óptico, magnético ou microfilmado para manutenção permanente.

Não é concedido aos médicos de estabelecimento com arquivo coletivo manter prontuários em sua guarda.

Em casos de perda ou extravio de prontuário, a direção da instituição aplicará medidas existentes para essas situações e do ponto de vista legal há que se recorrer aos dispositivos referentes aos direitos do cidadão, e a direção da instituição deve elaborar um documento à parte interessada com a informação de que o prontuário não foi localizado apesar dos esforços empenhados com esse objetivo.

- Destruição do Prontuário

É infração à ética médica. A eliminação do suporte de papel só será autorizada após consulta e análise obrigatória da comissão permanente de avaliação de documentos da unidade médico-hospitalar à qual pertence o arquivo de revisão de prontuário e garantida a preservação permanente em meio eletrônico, isto é, informatização, microfilmagem ou outros meios (Resolução CFM n.º 1.639/02). A microfilmagem dificulta pesquisas, mas dura cerca de cem anos e pode ser refilmada (Carvalho, 1977).

- Arquivo Paralelo ou "Morto"

Tendo em vista o valor dos prontuários para o ensino e a pesquisa, sua extinção configura perda patrimonial irre recuperável. Para solucionar essa questão, a microfilmagem e a informatização têm sido utilizadas para conservação permanente dos documentos e economia de espaço para arquivamento.

"Arquivo morto" é denominação criticável, tem configuração de gíria. Em rigor, morto é o estado em decorrência de óbito do ser que viveu. Nesse arquivo, em geral, guardam-se prontuários de casos inativos ou que completaram cinco ou mais anos desde a última consulta. Há muitos prontuários de pacientes falecidos. Diz-se tecnicamente arquivo passivo ou paralelo.

A preocupação do responsável técnico da instituição e da comissão de prontuário de promover ações adequadas para o desenvolvimento desse importante setor pode evitar perdas documentais irremediáveis.

- Possibilidade de Gerenciamento Eletrônico de Documentos

Serviços integrados, ágeis, seguros e eficientes poderão ser viabilizados para guarda, digitalização e organização de documentos, modernizando os processos.

A Digitalização e Indexação de Documentos permitem armazenamento nos servidores, acessíveis sete dias por semana, 24 horas por dia.

Vantagens: consulta via web com segurança, agilidade e facilidade; possibilidade de acesso por mais de um usuário; possibilidade de envio dos documentos via email; redução do desgaste físico do documento; redução no tempo de recuperação da informação; redução de cópias impressas; cópias de segurança; redução de áreas de arquivamento; alta disponibilidade e segurança garantida para os seus dados.

MICRO-FILMAGEM

A lei não prescreve o tempo de guarda dos prontuários (Bittar, 1980). Há instituições que os destroem depois a microfilmagem. A fotocópia do microfilme pode ser usada em juízo, procedimento recomendável, pela possibilidade de retenção judicial do próprio microfilme.

- Aspectos Legais e Éticos

A ABEDESC adverte e tem consciência que o prontuário poderá ser instrumento de defesa e de acusação. É muito comum, no meio médico a seguinte frase: "o que não está escrito no prontuário não aconteceu"! Por conseguinte, será pertinente anotar, com detalhes, todas as dificuldades no atendimento do usuário, de qualquer natureza. A falta de certas condições materiais (equipamentos e medicamentos) para o atendimento adequado dos usuários, a ausência de infra-estrutura e o consequente uso de substitutos inadequados e outras anormalidades, deverão ser anotadas. Tal iniciativa não desobrigará o profissional de comunicar essas irregularidades à Chefia imediata. Para se evitar aborrecimentos e questionamentos no ambiente judicial, os profissionais deverão descrever com detalhe, clareza e precisão de localização anatômica, as lesões subsequentes à violência, em usuários dos serviços atendidos nessa condição.

O prontuário será o principal documento constituinte das provas judiciais. Nos processos contra médicos, dentistas e enfermeiros, o acusador – geralmente o usuário –, deverá comprovar que o profissional agiu com imprudência, negligência ou imperícia, isto é, ele (o usuário) ou seu representante legal deverá apresentar provas de que houve erro de conduta, pelo qual foi prejudicado. Nesse ponto, vale

insistir: o que terá valor decisivo será o prontuário, no qual se poderão colher as provas que negarão, ou não, a responsabilidade do profissional sobre o fato.

Graças ao prontuário, poderá se provar, ou não, que os cuidados profissionais aplicados ao reclamante usuário foram adequados. Assim, em casos de registros omitidos ou irregulares, o profissional poderá perder a possibilidade de comprovação de seus atos. Nesse caso, as alegações do usuário passarão a ter mais validade judicial que a memória do profissional. A falta ou a insuficiência dos registros poderão ser substituídas por prova testemunhal ou pericial.

A "medicina de defesa" reforça a importância do prontuário e de seu preenchimento completo. Conhecimentos e informações que proliferam aceleradamente, exigência de superespecializações, ânsia do profissional pela impossibilidade de permanente atualização, recursos médicos de alta tecnologia, revolução farmacológica, procedimentos mais invasivos, solicitações de exames destinados a prever danos às vezes improváveis, atendimentos onerosos e outras circunstâncias, exigirão da atividade médica, extremos cuidados para se evitar iatropatogenias e ações judiciais. A medicina defensiva reforçada com a contínua incorporação de tecnologias modernas, não substitui o preciso preenchimento do prontuário.

O documento, para ser admitido em juízo como elemento de prova, necessitará ter sua autenticidade reconhecida, estar datado e assinado. A ausência destes elementos demonstrará má qualidade da assistência prestada ao usuário dos serviços de saúde. Rasuras comprometerão o valor legal do prontuário. Em casos de retificações, aconselhar-se-á escrever entre parênteses indicações como sem efeito, digo, ou expressões análogas e, a seguir, escrever a correção.

Segundo o Código Penal, a anotação incorreta, incompleta, falseada ou inexistente no prontuário, quanto aos fatos relacionados ao usuário, poderá caracterizar falsidade ideológica: "Omitir, em documento público ou particular declaração que dele devia constar, ou nele inserir, ou fazer inserir declaração falsa, ou diversa da que devia ser escrita, com o objetivo de prejudicar o Direito ou criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, acarretará pena de reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) ano a 3 (três) anos e multa, se o documento é particular". Se o agente for funcionário público e cometer o crime, prevalecendo-se do cargo, aumenta-se a pena da sexta parte. Falsidade ideológica refere-se à formação de documento, cuja materialidade é perfeita, mas, o conteúdo é falso.

**MODELO DE PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO E RETIRADA (Cópia de
Prontuário e Relatório Médico)**

Data da solicitação: ____/____/____

Venho por meio deste, solicitar:

 Exames Relatório médico Cópia de prontuário* Cópia de FA* (data : ____/____/____)

***Cópia de Prontuário e Ficha de Atendimento (FA):** a solicitação deverá ser realizada somente pelo paciente ou mediante a procuração reconhecida em cartório, paciente menor de 16 anos a solicitação poderá ser realizada pelos pais ou representante legal.

Nome do Paciente: - _____

Data de Nascimento: ____/____/____, Registro Hospitalar (RH) _____, para fins de: (detalhar o motivo do pedido)

Data em que passou no UPA DE SANTA CRUZ DO PARDO _____

Estou ciente de que o prazo de entrega deste relatório é de 20 (vinte) dias úteis, a partir desta data, e que todas as informações contidas neste relatório serão transcritas do prontuário médico do paciente, a partir de dados médicos contidos nos mesmos, e nada além do que conste; sendo que todas as informações são de responsabilidade dos médicos que prestaram os atendimentos. Para isto, autorizo a colocação neste relatório de diagnósticos e outros dados considerados sigilo médico.

Solicitado por: O mesmo Outra pessoa

Nome do solicitante: _____

PARENTESCO: _____ Telefones para contato: _____

ASSINATURA DO SOLICITANTE: _____

NOME DO FUNCIONÁRIO (Legível): _____

Encaminhar para: Secretaria do SAME. Diretoria Clínica

DATA DA RETIRADA: ____/____/20____ (20 dias úteis)

NOME DO RETIRANTE: _____

ORIENTAÇÕES PARA CÓPIA DE PRONTUÁRIOS

Todas as informações sobre a assistência prestada ao paciente da UPA de Santa Cruz do Rio Pardo compõe o **PRONTUÁRIO MÉDICO**. **O MESMO É CONFIDENCIAL E PROTEGIDO PELA LEGISLAÇÃO VIGENTE.**

Sendo assim, as cópias de prontuários só podem ser liberadas para seu representante legal com a devida autorização do paciente, salvo se autorizado judicialmente.

Quem pode ter acesso total ou parcial ao prontuário do paciente?

- 1 - O próprio paciente, a qualquer momento.
- 2 - Seu representante legal;
 - ✓ Maior de 18 anos através de procuração assinada pelo mesmo e reconhecida em cartório.
 - ✓ Se for menor de 18 anos ou incapaz, os pais ou responsável legal.
- 3 - Ao perito médico nomeado pelo Juiz.
- 4 - Conselho Regional de Medicina.

Podemos liberar o prontuário de pacientes falecidos?

- 1 - A liberação do prontuário de paciente falecido, só será autorizado, mediante decisão Judicial ou requisição dos Conselhos Regionais de Medicina (Parecer 6/10 do **Conselho Federal de Medicina**).

Para ter acesso às informações do paciente, devem ser apresentados os seguintes documentos:

- 1 - Pelo próprio paciente: Cópia do documento de identidade com foto e assinatura.
 - 2 - Pais: Cópia da certidão de nascimento do paciente e documento de identidade com foto e assinatura do solicitante.
 - 3 - Por terceiros: Autorização do paciente com firma reconhecida e cópia do documento de identidade com foto e assinatura do solicitante.
 - 4 - Médico perito: Autorização Judicial.
- O prazo estabelecido para a retirada do documento é de 20 dias úteis.
 - Após a autorização comunicado ao solicitante, o prazo para retirada é de 10 (dez) dias úteis das 08h00 às 17h00.

COMISSÃO DE REVISÃO DO PRONTUÁRIO E ÓBITO**FICHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO**

DATA DA REVISÃO: ____/____/____ REVISOR (carimbo e assinatura): _____

NOME DO PACIENTE: _____ RGA: _____

Idade: ____ Anos ____ Meses ____ Dias ____ Horas Sexo: () Masc () Fem

Clinica de Entrada : _____ Clinica de Alta: _____

Data da Internação : ____/____/____ Data da Alta: ____/____/____

Tempo da Internação: ____ dias ____ horas

Diagnóstico da Internação:

Principal: _____ CID : _____

Secundário: _____ CID : _____

Outros : _____ CID : _____

Diagnóstico da Alta:

Principal: _____ CID : _____

Secundário: _____ CID : _____

Outros : _____ CID : _____

_____ CID: _____

COMISSÃO DE REVISÃO PRONTUÁRIO E ÓBITO FICHA DE AVALIAÇÃO PRONTUÁRIO

ANAMNESE de entrada	2. Presentes? 3. Legível?		
EXAME FÍSICO de entrada	4. Presentes? 5. Legível?		
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS	6. Presentes? 7. Coerentes com anamnese e exame Físico ?		
CONDUTA	8. Presentes?		
PRESCRIÇÃO MÉDICA	9. com identificação (paciente) completa das folhas?		
	10. diária?		
	11. com data e horário?		
	12. com letra legível?		
EVOLUÇÃO CLÍNICA	13. com identificação completa do responsável (carimbo		
	14. com identificação (paciente) completa das folhas ?		
	15. diária ?		
	16. com data e horário ?		
DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM (Raio X,CT,RM e outros) / EXAMES LABORATORIAIS	17. com letra legível?		
	18. com identificação completa do responsável		
	22. com solicitação legível?		
	23. com resultados transcritos?		
ANATOMO-PATOLÓGICOS	24. com resultados impressos anexados no prontuário?		
	25. com solicitação legível?		
	26. com resultados transcritos?		
	27. com resultados impressos anexados no prontuário?		
OUTROS EXAMES	28. com solicitação legível?		
	29. com resultados transcritos?		
	30. com resultados impressos anexados no prontuário?		
TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES	31. com solicitação legível?		
	32. com identificação do doador?		
INTERCONSULTAS COM ESPECIALIDADES	33. relatório presente?		
	34. com data e horário?		
	35. com letra legível?		
	36. com identificação completa do responsável (carimbo e		
CIRURGIAS	37. descrição cirúrgica presente?		
	38. com data e horário?		
	39. com letra legível?		
	40. com identificação completa responsável (carimbo e		
PROCEDIMENTOS	41. descrição presente?		
	42. com data e horário?		
	43. com letra legível?		
	44. com identificação completa do responsável (carimbo e		
ANESTESIA	45. relatório anestésico presente?		
	46. com letra legível?		
	47. com identificação completa do responsável (carimbo e		
DESCRIÇÃO DO ÓBITO	48. presente?		
	49. causas de óbito claramente definidas?		
	50. com data e horário?		
	51. com letra legível?		
RESUMO DE ALTA/ÓBITO ELETRÔNICO	52. com identificação completa do responsável (carimbo e		
	53. presente?		
	54. todos os campos preenchidos?		
	55. todos os campos preenchidos conforme informações		
	56. diagnóstico principal definido com CID ?		

Relatório encaminhado ao médico após análise mensal
COMISSÃO DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS**SR(A). Dr(a):**

Esta comissão analisou aleatoriamente prontuários equivalentes a 10
10% do total de prontuários do período de :

No conjunto analisado encontrava(m)-se prontuário(s) seu(s)

Totalização dos dados individuais analisados

Dados preenchidos pelo médico	adequada	inadequada	não se aplica
Anamnese	0	0	0
Exame Físico	0	0	0
Exames Complementares	0	0	0
Hipótese Diagnóstica	0	0	0
Tratamento Proposto	0	0	0
Evolução nas consultas de Retorno	0	0	0
Legibilidade	0	0	0
Assinatura / Carimbo	0	0	0
Total	0	0	0
Percentual	0%	0%	0%

Apresentamos a seguir os dados conjuntos de todos os médicos analisados no período _____
para sua comparação.

Dados preenchidos pelo médico	adequada	inadequada	não se aplica
Total :			
% Total :			
Pontuação do Conjunto de dados médicos :			pontos
Estes prontuários encontram-se no arquivo para a sua crítica. Estamos procurando melhorar a qualidade de nossos prontuários e contamos com sua cooperação.			
Data:	Revisor-Assinatura/Carimbo:		

ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS			
COMISSÃO DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS			
Nome do Médico:			
Data de atendimento:		RH:	
	adequada	inadequada	não se aplica
Dados preenchidos pela administração			
1	Identificação do Paciente		
2	Alta do paciente / Encaminhamento:		
Dados preenchidos pelo médico			
		adequada	inadequada
3	Anamnese		
4	Exame Físico		
5	Exames Complementares		
6	Hipótese Diagnóstica		
7	Tratamento Proposto		
8	Evolução nas consultas de Retorno		
9	Legibilidade		
10	Assinatura / Carimbo		
Dados preenchidos pela enfermagem			
		adequada	inadequada
11	Relatório de Enfermagem :		
12	Checagem de Dados Vitais :		
Total de pontos :			
Obs: para obter este indicador de desempenho faz-se a seguinte conta:			
		dados	constante
			total
	Dados preenchidos adequados	0	10
	Dados preenchidos inadequados:	0	5
	Dados que não se aplica	0	0
	Total :		0%
Classificação :		Pontuação:	
	Excelente:	90 a 100	
	Bom :	70 a 89	
	Razoável:	60 a 69	
	Péssimo:	< 59	
Revisor-Assinatura/Carimbo:			

Relatório encaminhado ao médico após análise mensal			
COMISSÃO DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS			
SR(A). Dr(a):			
Esta comissão analisou aleatoriamente <input checked="" type="checkbox"/> prontuários equivalentes a 10 10% do total de prontuários do período de :			
No conjunto analisado encontrava(m)-se <input checked="" type="checkbox"/> prontuário(s) seu(s)			
Totalização dos dados individuais analisados			
Dados preenchidos pelo médico	adequada	inadequada	não se aplica
Anamnese	0	0	0
Exame Físico	0	0	0
Exames Complementares	0	0	0
Hipótese Diagnóstica	0	0	0
Tratamento Proposto	0	0	0
Evolução nas consultas de Retorno	0	0	0
Legibilidade	0	0	0
Assinatura / Carimbo	0	0	0
Total	0	0	0
Percentual	0%	0%	0%
Apresentamos a seguir os dados conjuntos de todos os médicos analisados no período para sua comparação.			
Dados preenchidos pelo médico	adequada	inadequada	não se aplica
Total :			
% Total :			
Pontuação do Conjunto de dados médicos :			pontos
Estes prontuários encontram-se no arquivo para a sua crítica. Estamos procurando melhorar a qualidade de nossos prontuários e contamos com sua cooperação.			
Data:	Revisor-Assinatura/Carimbo:		

- DESCRIÇÃO DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE ESTATÍSTICAS

A Unidade de Estatísticas trabalha em conjunto com o SAME, de segunda à sexta-feira no horário das 8:00 às 17:00 horas.

Sistemática e metodologia de trabalho

A sistemática e metodologia de trabalho se darão, através da elaboração de estatísticas de natureza administrativa e médica, diretamente ligadas ao diagnóstico e à terapêutica, deverá fornecer ao Corpo Clínico e demais interessados os dados estatísticos referentes ao movimento de pacientes, elaborar relação dos casos de notificação compulsória a ser enviada aos órgãos municipais e estaduais de Vigilância Epidemiológica, fornecer meios estatísticos para a avaliação da capacidade operacional da equipe multiprofissional, codificar diagnósticos, e causas de morte, obedecendo ao sistema adotado pelo Hospital, elaborar gráficos e tabelas elucidativas do movimento estatístico, elaborar outras estatísticas por solicitação da Diretoria/Coordenação.

Competências

São atribuições do Setor de Estatística:

- Elaborar estatísticas de natureza administrativa e médica, diretamente ligadas ao diagnóstico e à terapêutica;
- Fornecer ao Corpo Clínico e demais interessados os dados estatísticos referentes ao movimento de pacientes;
- Elaborar relação dos casos de notificação compulsória a ser enviada aos órgãos municipais e estaduais de Vigilância Epidemiológica;
- Fornecer meios estatísticos para a avaliação da capacidade operacional da equipe multiprofissional;
- Codificar diagnósticos e causas de morte, obedecendo ao sistema adotado pelo hospital;
- Elaborar gráficos e tabelas elucidativas do movimento estatístico;
- Elaborar outras estatísticas por solicitação da Diretoria/Coordenação.

Realizar a Manutenção das Informações do Contrato de Gestão.**Objetivos**

A Manutenção do convênio tem como objetivo manter informada a Secretaria de Saúde, em relação ao cumprimento das metas quantitativas e qualitativas estipuladas no contrato.

Essas metas são informadas através do Relatório de Atividade Assistencial, Indicador de Qualidade, Relatórios da Parte Variável/ Complementares e Demonstrativo Contábil.

Membros

A Unidade de Estatísticas estará subordinada ao Coordenador Financeiro e será composta pelos seguintes membros, com as seguintes atribuições:

- Analista Administrativo:

Analisar a apropriação de recursos/custos, verificando se os mesmos estão orçados, checando centros de custos e áreas solicitantes, controlando verbas disponíveis para aquisição de bens. Realizar consolidação contábil e de custos, para gerenciamento de informações internas e externas.

Dentre suas atividades, o mesmo deverá consolidar as estatísticas e gerenciais para que as mesmas sejam disponibilizadas a Alta Direção.

- Auxiliares Administrativos:

Realiza atividades de caráter administrativo, separando e classificando documentos e correspondências, transcrição de dados, lançamentos, prestação de informações e organização de arquivos, orientado por processos e rotinas estabelecidas.

Dentre suas atividades, o mesmo deverá consolidar as estatísticas e gerenciais para que as mesmas sejam disponibilizadas para a Direção.

Horário de Funcionamento: O setor de estatísticas funcionará de Segunda-feira à Sexta-feira das 08h00min às 18h00min.

D - ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DO ATENDIMENTO HUMANIZADO, DE ACORDO COM AS DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH);**POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO**

A Política Nacional de Humanização existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS tem como propósitos:

- Contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização
- Fortalecer iniciativas de humanização existentes
- Desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção
- Aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão
- Implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas

Para isso, o HumanizaSUS trabalha com três macro-objetivos:

- Ampliar as ofertas da Política Nacional de Humanização aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básica/fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários
- Incentivar a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS na agenda dos gestores, dos conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil
- Divulgar a Política Nacional de Humanização e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições.

Na prática, os resultados que a Política Nacional de Humanização busca são:

- Redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso;
- Atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;
- Implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo;
- Garantia dos direitos dos usuários;

- Valorização do trabalho na saúde;
- Gestão participativa nos serviços.

Princípios:**Transversalidade**

A Política Nacional de Humanização deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.

Indissociabilidade entre atenção e gestão

As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sócio-familiar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros.

Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.

Método

A ABEDESC, aposta na INCLUSÃO de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. A comunicação entre esses três atores do SUS provoca movimentos de perturbação e inquietação que a PNH considera o "motor" de mudanças e que também precisam ser incluídos como recursos para a produção de saúde.

Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.

POLITICA DE HUMANIZAÇÃO

Nosso programa de humanização será alicerçado nas diretrizes do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que, inclui em seus objetivos:

- Conduzir um processo permanente de mudança da cultura de atendimento à saúde, promovendo o respeito à dignidade humana;
- Sensibilizar profissional e usuário para a importância e os benefícios do atendimento e do trabalho humanizado;
- Garantir à instituição hospitalar o papel de protagonista do processo de humanização de seus serviços;
- Seguiremos os seis passos sugeridos pelo Programa. Estes passos têm a finalidade de orientar a construção e implantação de um processo de humanização no hospital.

1º PASSO - SENSIBILIZAR A GESTÃO HOSPITALAR

Objetivos:

- Sensibilizar todas as chefias do hospital para a importância e os benefícios da humanização dos serviços de saúde;
- Obter apoio do corpo clínico e operacional para a implantação e a sustentação permanentes das ações de humanização;

Metodologia sugerida:

- Reflexão conjunta sobre a questão da humanização e da realidade institucional em termos da humanização dos serviços de saúde

Estratégias sugeridas:

- Discussão do manual e das portarias de regulamentação do PNHAH
- Discussão sobre o conceito de humanização no PNHAH
- Apresentação do vídeo do PNHAH sobre experiências de humanização
- Visita ao site do PNHAH

- Cadastramento do hospital no site do PNHAH para sua inclusão na Rede Nacional de Humanização

2º PASSO - CONSTITUIR GRUPOS DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO (GT)**Objetivo:**

- Constituir um GT composto por profissionais de diferentes categorias e graus hierárquicos (direção, área clínica, área operacional, etc.), comprometidos com a idéia de humanização

Metodologia sugerida:

- Levantamento e convite às lideranças de cada setor do hospital
- Definição dos integrantes do GT
- Elaboração do regulamento interno de formação, coordenação e funcionamento do GT
- Escolha de um coordenador para o GT

Estratégias sugeridas:

- Discussão em grupos
- Oficinas
- Reuniões por setores e serviços
- Assembléias

3º PASSO - TOMAR OS PARÂMETROS DE HUMANIZAÇÃO PARA AVALIAR A REALIDADES DO HOSPITAL E PLANEJAR AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO**Objetivo:**

- Criar uma cultura de humanização e uma filosofia organizacional humanizada

Metodologia sugerida:

- Utilização - pelo GT constituído no hospital - de parâmetros de humanização em duas linhas de avaliação:

1. Avaliação das relações interpessoais profissional-usuário;
2. Avaliação das ações de humanização

Estratégias sugeridas:

- Utilização dos Parâmetros de Humanização propostos pelo PNHAH para a avaliação das relações interpessoais profissional-usuário e das ações de humanização.

a) Parâmetros para humanização do atendimento dos usuários:

- Condições de acesso e prestação dos serviços:

1. Sistema de marcação de consultas;
2. Tempo de espera para atendimento;
3. Acesso de acompanhantes e visitas;
4. Sistema de internação;
5. Sistema de marcação, realização e resultados de exames.

- Qualidade das instalações, equipamentos e condições ambientais do hospital:

1. Adequação/criação de áreas de espera;
2. Sinalização das áreas e serviços do hospital;
3. Instalações físicas e aparência do hospital;
4. Equipamentos;
5. Refeições;
6. Meios para efetivação de queixas e sugestões;
7. Espaço de recreação e convivência dos pacientes.

- Clareza das informações oferecidas aos usuários

1. Identificação dos profissionais;
2. Informações aos familiares sobre o atendimento do usuário;
3. Informações sobre prevenção de doenças e educação em saúde;
4. Informações sobre outros serviços de saúde e serviços sociais disponíveis na comunidade.

- Qualidade da relação entre usuários e profissionais

1. Eficiência, gentileza, interesse e atenção;
2. Compreensão das necessidades dos usuários;
3. Informações aos usuários, quanto a diagnóstico, tratamento e encaminhamento;
4. Privacidade no atendimento.

b) Parâmetros para humanização do trabalho dos profissionais:

- Gestão hospitalar e participação dos profissionais;

1. Oportunidades de discussão da qualidade dos serviços prestados;
2. Oportunidades de discussão das dificuldades na execução do trabalho de atendimento aos usuários;
3. Manutenção de mecanismos para captação de sugestões para a melhoria do trabalho;
4. Oportunidades de reconhecimento e resolução de conflitos e divergências;
5. Aplicação sistemática de normas de trabalho.

- Condições de trabalho na instituição

1. Áreas de conforto;
2. Segurança;
3. Equipamentos e materiais;
4. Higiene.

- Condições de apoio aos profissionais

1. Transporte, estacionamento e condições de acesso ao hospital;
2. Refeitório;
3. Área de descanso e convivência;
4. Atividades recreativas e/ou sociais;
5. Programas de atendimento às necessidades psicossociais dos profissionais;
6. Cursos ou treinamentos para aprimoramento profissional;
7. Cursos ou treinamentos para melhoria da relação com os usuários.

- Qualidade da comunicação entre os profissionais

1. Canais de informação e resolução de problemas e necessidades;
2. Canais de informações oficiais da administração do hospital;
3. Canais de informação e comunicação interna sobre programas e atividades.

- Relacionamento interpessoal no trabalho

1. Confiança
2. Integração grupal
3. Cooperação

- Valorização do trabalho e motivação profissional
- 4. Respeito
- 5. Reconhecimento
- 6. Motivação
- 7. Realização
- 8. Satisfação

4º PASSO – FAZER UM DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO HOSPITALAR EM TERMOS DE SERVIÇOS HUMANIZADOS

Objetivo:

- Reconhecer as potencialidades e as deficiências da instituição em termos da humanização dos serviços e de outras questões correlatas (ver parâmetros de humanização)

Metodologia sugerida:

- Análise da configuração organizacional do hospital;
- Levantamento das iniciativas de cunho humanizador desenvolvidas no hospital;
- Delineamento de um diagnóstico preliminar da humanização no hospital: levantamento das potencialidades e deficiências relativas à humanização do atendimento e das relações de trabalho no hospital;
- Mapeamento dos desafios a serem enfrentados.

Estratégias sugeridas:

- Levantamento de informações sobre a história da fundação da instituição, assim como das vicissitudes de seu desenvolvimento e de seu estado atual;
- Caracterização do hospital, por ex: frequência de atendimentos e de operações médicas e cirúrgicas, número de leitos, número e qualificação dos funcionários, qualidade das instalações e equipamentos, serviços oferecidos, programas específicos em andamento, plano de cargos e salários, epidemiologia, etc;
- Visita aos diversos setores e serviços do hospital;

- Atenção especial com a porta de entrada e avaliação de riscos;
- Aplicação de pesquisa do PNHAH sobre satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde;
- Levantamento de carências e de potencialidades por setores e serviços;
- Mapeamento de iniciativas de humanização em vigência no hospital.

5º PASSO – ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE PLANO OPERACIONAL DE AÇÃO DE HUMANIZAÇÃO**Objetivos:**

- Elaborar um plano de ação de humanização hospitalar, de curto, médio e longo prazo, levando em consideração as prioridades e as necessidades específicas do hospital, bem como as ações de humanização já existentes
- Implantar o plano de ação de humanização no hospital

Metodologia sugerida:

- Metodologia participativa, em duas direções correlacionadas: a) humanização do atendimento ao usuário; b) humanização do trabalho do profissional de saúde
- Articulação do plano de humanização proposto com as iniciativas já existentes

Estratégias sugeridas:

- Reuniões do GT para estabelecimento de prioridades, metas e ações, segundo os parâmetros de humanização propostos pelo PNHAH;
- Ampliação e institucionalização das iniciativas já existentes;
- Apresentação formal do plano de humanização às chefias constituídas e ao coletivo de profissionais;
- Discussão da implantação do plano operacional de humanização por setores e serviços de forma a obter o compromisso e a participação ativa do maior número de pessoas;
- Desenvolvimento de processo de comunicação e reflexão sobre a dinâmica institucional e a dinâmica das relações de trabalho;
- Construção de redes internas de comunicação (ouvidoria, banco de idéias, etc.);
- Divulgação para todo o hospital das iniciativas de humanização existentes e a serem desenvolvidas;
- Construção de matérias de divulgação (boletins, cartazes, botttons, faixas, murais, eventos, jornadas ou outros);
- Participação na Rede Nacional de Humanização;
- Participação da comunidade em eventos, ações e campanhas de humanização no hospital;
- Parcerias com instituições públicas e privadas e com movimentos comunitários.

6º PASSO - AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DA IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO**Objetivos:**

- Avaliar permanentemente as ações de humanização em desenvolvimento e as novas propostas de humanização dos serviços;
- Redirecionar as ações de humanização, a partir dos resultados alcançados e do grau de envolvimento dos vários setores e serviços do hospital;
- Avaliar o desempenho do GT em termos de seus objetivos e funções;
- Avaliar a participação do hospital na Rede Nacional de Humanização.

Metodologia sugerida:

- Análise das dificuldades e erros;
- Identificação de oportunidades de melhoria;
- Pesquisa de satisfação de profissionais e usuários.

Estratégias sugeridas:

- Avaliação das ações a partir dos parâmetros de humanização do PNHAH.

E - IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS**- Serviço de Acolhimento**

O acolhimento tem como propósito reconhecer os problemas de saúde e organizar a porta de entrada, viabilizar o primeiro contato por meio da equipe de saúde, humanizando o atendimento e alcançando a satisfação do usuário. O objetivo é receber, escutar e oferecer uma atenção oportuna, eficaz, segura e ética aos cidadãos que proporcionará a integralidade das ações e a coordenação do cuidado, sendo necessário o comprometimento de toda equipe de saúde. Este deve ser entendido como um procedimento realizado por toda equipe de saúde em toda a atenção dispensada ao usuário. É importante registrar que a ABEDESC propõe que as atividades de acolhimento façam parte do processo de trabalho dos profissionais das unidades de saúde.

As ações voltadas para implantação de um serviço de acolhimento devem garantir o desenvolvimento das seguintes atividades:

- Tornar os ambientes mais acolhedores;

- Reorganizar processos de trabalho;
- Redirecionar as ações, se necessário;
- Sensibilizar a equipe da importância da prática do acolhimento e ações humanizadas.

Desse modo, o objetivo desta proposta é implantar um Serviço de Atendimento ao Cliente/Usuário, apresentando diretrizes da Política Nacional de Humanização, no que se refere à valorização das relações interpessoais entre usuários, familiares e profissionais de saúde, a partir do atendimento a ser realizado pela Enfermagem e pelo Serviço Social numa Unidade de Saúde.

A ABEDESC possui larga experiência na elaboração, implantação e execução do protocolo de acolhimento com classificação de risco para tanto disponibiliza treinamento e reciclagem permanente de seus profissionais para que tal estratégia seja eficaz.

- Equipes de Acolhimento

A equipe de acolhimento é formada por enfermeiro e técnico de enfermagem que realizam o acolhimento, bem como a classificação de risco, baseada em critérios técnicos capazes de mensurar a real necessidade, bem como o tempo de espera apropriado para cada cliente, porém seu maior benefício se encontra na escuta qualificada.

As equipes de acolhimento compostas pelos profissionais descritos no presente serão selecionadas com base na legislação dos conselhos de classe, sendo que para as funções pré estabelecidas deverão comprovar a especialização para o cargo pretendido, sendo ainda submetidos aos processos de integração e capacitação propostos pela ABEDESC com vistas a atender as determinações do edital supracitado, bem como o de satisfazer integralmente às necessidades da clientela atendida.

Além disso, o instituto propõe a educação permanente e continuada dos colaboradores.

- Acolhimento com Classificação de Riscos

Missão

- Dar pronto atendimento em regime de 24 horas aos casos de pequenas e médias urgências e emergências. Ser observatório do sistema para contribuir com o planejamento da atenção integral a saúde.

- Ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência.

Objetivos

- Humanizar o atendimento mediante escuta qualificada do cidadão que busca os serviços de urgência/emergência;
- Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
- Utilizar o encontro com o cidadão como instrumento de educação no que tange ao atendimento de urgência/emergência;
- Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência considerando a rede dos serviços de prestação de assistência à saúde.
- Construir Fluxos Operacionais compreendendo circulação dos usuários em atendimento, em espera e em áreas restritas como salas de observação, de atendimento, de suturas e curativos.

A Quem se Destina

- Usuários que procuram as portas dos serviços de urgência/emergência do sistema de saúde da rede SUS no município de Santa Cruz do Rio Pardo, no momento definido pelo mesmo como de necessidade aguda ou de urgência.

Processo de Trabalho

O profissional de saúde, o usuário dos serviços de urgência/emergência e a população constroem estratégias coletivas que promovem mudanças nas práticas dos serviços. O acolhimento é uma destas estratégias.

Tradicionalmente, o acolhimento no campo da saúde é identificado ora como uma dimensão espacial (recepção administrativa e ambiente confortável), ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos (ABBÊS & MASSARO, s.d.).

Entretanto, essas medidas, quando tomadas isoladamente nos processos de trabalho em saúde, se restringem a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e promoção de vínculo.

Portanto, propomos o acolhimento aliado aos conceitos de sistema e rede numa estratégia ampla, na promoção da responsabilização e vínculo dos usuários ao sistema de saúde.

O processo de acolhimento e classificação de risco será executado por equipe formada de enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar administrativo, assistente social e médico como chefe de equipe.

Será garantida formação técnica necessária para todos os servidores e profissionais de cada área do serviço em atendimento de urgência e emergência, baseado no Protocolo de Manchester, bem como capacitações continuadas em urgência e emergência para cada área de conhecimento.

UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Justificativa: Com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência, observou-se um enorme fluxo de "circulação desordenada" dos usuários nas portas do Pronto-Socorro, tornando-se necessária a reorganização do processo de trabalho deste serviço de saúde de forma a atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos de forma que a assistência prestada fosse de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento e não mais impessoal e por ordem de chegada.

A disponibilização dessa tecnologia não deve abranger a todos os que procuram o serviço, em especial nos locais onde a demanda é excessiva, ou corre-se o risco de se produzir um novo gargalo na entrada; o contrário disto é uma hipertrofia neste serviço podendo prejudicar a constituição de outras equipes importantes na unidade.

Desta forma a utilização da Avaliação/ Classificação de Risco deve ser por observação (a equipe identifica a necessidade pela observação do usuário, sendo aqui necessário capacitação mínima para tanto) ou por explicitação (o usuário aponta o agravo).

O fato de haver indivíduos que "passam na frente" pode gerar questionamentos por aqueles que sentem-se prejudicados, no entanto isso pode ser minimizado com divulgação ampla aos usuários na sala de espera do processo utilizado. Àqueles que

ainda resistem, o processo de escuta deve ser exercitado utilizando-se a própria tecnologia para tanto.

Objetivos da Classificação de Risco:

- Avaliar o paciente logo na sua chegada ao Pronto-Socorro humanizando o atendimento.
- Descongestionar o Pronto-Socorro.
- Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade.
- Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo. Exemplo: ortopedia, ambulatórios, etc.
- Informar os tempos de espera.
- Promover ampla informação sobre o serviço aos usuários.
- Retornar informações a familiares.

São consideradas habilidades importantes:

- A capacidade de comunicação;
- A boa interação com os profissionais de saúde, pacientes, familiares, forças policiais, SAMU e bombeiros;
- As competências comportamentais como urbanidade, solidariedade, paciência, trato, compreensão, discrição;
- As competências técnicas como a organizacional, a agilidade da atenção, o julgamento crítico, a ética e a solidariedade.



O cidadão que chegar à UPA será atendido prontamente pela equipe de acolhimento e classificados da seguinte forma:

Nível 1 - Emergência: será identificada pela cor Vermelha

Nível 2 – Muito Urgente: será identificada pela cor Laranja

Nível 2 - Urgência: será identificada pela cor Amarela

Nível 3 - Encaminhamentos rápidos: será identificada pela cor Verde

Nível 4 - Não Urgência: será identificada pela cor Azul

O Manchester classifica, após uma triagem baseada nos sintomas, os doentes por cores, que representam o grau de gravidade e o tempo de espera recomendado para atendimento.

Aos doentes com patologias mais graves é atribuída a cor vermelha, atendimento imediato; os casos muito urgentes recebem a cor laranja, com um tempo de espera recomendado de dez minutos; os casos urgentes, com a cor amarela, têm um tempo de espera recomendado de 60 minutos. Os doentes que recebem a cor verde e azul são casos de menor gravidade (pouco ou não urgentes) que, como tal, devem ser atendidos no espaço de tempo maior, podendo levar até 3 horas .

O programa recebeu este nome porque foi aplicado pela primeira vez em 1997 na cidade britânica de Manchester. Esta triagem foi rapidamente implementada em vários hospitais do Reino Unido. Em Portugal, são poucos os hospitais que ainda não utilizam este sistema, que já está sendo empregado em outros países da Europa, como Espanha, Holanda, Alemanha e Suécia.

- COMO FUNCIONA?

A Classificação de Risco é realizada com base em protocolo adotado pela ABEDESC, normalmente representado por cores que indicam a prioridade clínica de cada paciente. Para tanto, algumas condições e parâmetros clínicos devem ser verificados.

A classificação de risco deve ser executada por um profissional de nível superior, que geralmente é o enfermeiro que tenha uma boa capacidade de comunicação, agilidade, ética e um bom conhecimento clínico.

O paciente que chega à unidade é atendido prontamente pelo enfermeiro, que fará uma breve avaliação do quadro clínico do paciente utilizando o protocolo de Manchester, depois encaminha o mesmo para o local de atendimento.

Para classificar o risco, o Enfermeiro deverá considerar a apresentação atual da doença, resposta emocional, sinais de alerta, situação/queixa, sinais vitais, saturação de O₂, Escala de dor, Escala de Coma de Glasgow, Glicemia, Escala de Queimados (Regra dos 9); estes dados serão registrados em impresso próprio, com o carimbo e assinatura do profissional.

A prioridade da assistência médica e de enfermagem será categorizada através das cores:

Após essa avaliação os pacientes são identificados com pulseiras de cores correspondentes a um dos seis níveis estabelecido pelo sistema.

A prioridade da assistência médica e de enfermagem será categorizada através das cores:

COR VERMELHO (EMERGENTE): prioridades 1 - tem atendimento imediato; Condições em que o usuário apresenta risco de morte ou sinais de deteriorização do quadro clínico que ameaçam à vida - RESSUCITAÇÃO/EMERGÊNCIA.

COR LARANJA (MUTO URGENTE): prioridades 2 - prevê atendimento em dez minutos; Condições que potencialmente, ameaçam à vida e requer rápida intervenção médica e de enfermagem - URGÊNCIA.

COR AMARELO (URGENTE) : prioridade 3 - atendimento em 60 minutos; Condições que podem evoluir para um problema sério, se não forem atendidas rapidamente - URGÊNCIA.

COR VERDE (POUCO URGENTE): prioridade 4 - 90 minutos (tempo estabelecido pela ABEDESC). Condições que apresentam um potencial para complicações - SEMI-URGÊNCIA.

COR AZUL (NÃO URGENTE): prioridade 5 - 180 minutos (tempo estabelecido pela ABEDESC). Condições não agudas, não urgentes ou problemas crônicos, sem alterações dos sinais vitais - NÃO URGÊNCIA.

Benefícios do uso do Protocolo Manchester

A implantação do **Protocolo de Manchester** permite que os atendimentos sejam realizados com mais eficiência, já que, em se tratando de saúde, tempo pode representar a diferença entre salvar uma vida e perder um paciente. Além disso, como o sistema prevê uma organização adequada das prioridades, pode-se encaminhar pacientes para outras unidades médicas, de maneira que a demanda pode ser compartilhada entre as unidades médicas próximas, se for o caso. Além disso, com a diminuição do risco clínico, evita-se o uso de recursos de urgência

advindos da inobservância das condições do paciente antes do agravamento do quadro.

Com a implantação **do Protocolo de Manchester**, os pacientes também são beneficiados, pois submetidos a esta metodologia de classificação de risco, eles estão assegurados que não correrão risco de vida, e além disso, ele terá uma previsão média do tempo que levará para obter atendimento, diminuindo a expectativa. Além disso, o uso do **Protocolo Manchester** é a garantia de oferta de um serviço homogêneo, tendo em vista que, independentemente do horário, do dia da semana ou do profissional que estará de plantão, a instituição de saúde terá a mesma padronização no atendimento.

Os benefícios trazidos pelo Protocolo de Manchester vão desde a organização do fluxo da unidade, com definições de áreas de atendimento, até a diminuição do risco clínico dos pacientes.

- Campanhas Educativas

As atividades e temas serão propostos pela equipe, de acordo com, público alvo e caracterização da região, podendo inclusive ser realizadas em parceria com a Estratégia de Saúde da Família.

A informação para o grande público é sempre um desafio para a saúde pública. Por isso, o desenvolvimento de campanhas educativas diferenciadas, visando orientar e divulgar informações para a promoção da saúde e preservação do meio ambiente se faz tão necessário. As campanhas são de interesse social e são desenvolvidas em uma linguagem acessível e ética. As campanhas ganham destaque em toda mídia, promovendo temas importantes.

PROTOSCOLOS CLÍNICOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS

VERMELHO - Prioridade 1: Pacientes com condições que ameaçam a vida ou com sinais iminentes de risco de deteriorização do quadro clínico
*** Tempo para o atendimento médico: Imediato.**

O atendimento deve ser imediato. Doentes com situações clínicas de maior risco, como por exemplo:

- Politraumatizado grave - Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; Escala de Coma de Glasgow (ECG) < 12.
- Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios.
- Trauma Cranioencefálico grave - ECG <12.
- Estado mental alterado ou em coma - ECG <12; história de uso de drogas.
- Comprometimentos da coluna vertebral.
- Desconforto respiratório grave.
- Dor no peito associada à falta de ar e cianose.
- Perfurações no peito, abdome e cabeça.
- Crises convulsivas (inclusive pós-crise).
- Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com ECG <12.
- Anafilaxia ou reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória.
- Tentativas de suicídio.
- Complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia).
- Parada cardiorrespiratória.
- Hemorragias não controláveis.
- Infecções graves - febre, exantema petequial ou púrpura, alteração do nível de consciência.
- Alterações de sinais vitais em paciente sintomático.

Pulso > 140 ou < 45

PA diastólica < 130 mmHg

PA sistólica < 80 mmHg

FR >34 ou <10

LARANJA – Prioridade 2 Pacientes com condições que potencialmente, ameaçam à vida e requerem rápida intervenção médica e de enfermagem.

*** Tempo para o atendimento médico: Obrigatoriamente <=10 minutos.**

- TRAUMA

1. Trauma Grave*

- TCE com Escala de Coma de Glasgow >10 e <= 14 pontos ou com comprometimento da coluna cervical ou associado com cefaléia severa, perda da consciência, dor cervical e vômitos.
- Forças de aceleração ou desaceleração (veículos motorizados acima de 35 km/h, quedas ou explosões) com ou sem alteração dos sinais vitais e/ou com perda da consciência após o acidente, mesmo que momentânea.
- Suspeita de fraturas de costelas: 1ª e 2ª Costelas; 9ª, 10ª e 11ª costelas ou mais de 3 costelas.
- Possível aspiração ou contusão pulmonar.
- Amputação traumática.
- Óbitos no local do acidente.
- Mordeduras ou picadas de animais peçonhentos de grande repercussão: ex. cobras venenosas, escorpiões (com dor intensa).
- Tentativas de suicídio e alteração do estado mental.
- Empalamentos por corpo estranho.
- Acidente em rodovia.

- ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

1. Infecções graves – febre mais exantema petequial ou púrpura e com sinais vitais alterados.
2. Intoxicações exógenas - Deve-se levar em consideração o tipo de droga, a quantidade e tempo de ingestão (<=12 pontos).
3. Distúrbios neurológicos graves e agudos (plegias, dislalia, cefaléia intensa), tempo de início dos sintomas < 3 horas.
4. Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva acompanhada de sinais e sintomas neurológicos - paresia, plegias, alterações no campo visual, dislalia e afasia.

- ALTERAÇÃO CÁRDIO-VASCULAR

1. Dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora em repouso e história anterior de DAC.
2. Dor torácica com ou sem alteração dos sinais vitais.
3. Dor visceral contínua com duração entre 2-5 minutos.
4. Crise hipertensiva P.A.S \geq 220 mmHg e P.A.D \geq 130mmHg e sinais de comprometimento de órgãos alvos (cefaléia severa, dor no peito, parestias, parestesias, plegias, náuseas e vômitos).
5. Hipotensão grave – P.A.S. $<$ 80 mmHg e P.A.D.

- ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. Estados de hiperpirexia – temperatura $>$ 40°, associado à falta de ar.
2. Alteração respiratória grave: asma severa com saturação O₂ $<$ 90% e sinais vitais alterados.
3. Dispnéia FR $>$ 34 – A ausculta pulmonar permite intervenção precoce para a maioria dos casos de falta de ar.
4. Reações alérgicas graves – com queixa de aperto na garganta ou sinais respiratório.

- ALTERAÇÃO ABDOMINAL

1. Dor abdominal grave – 8-10/10, de início súbito e alteração sinais vitais (P.A.S $<$ 90 mmHg ou $>$ 180 mmHg, FC $>$ 120 e $<$ 50).

AMARELOS - Prioridade 3: Pacientes em condições que podem, potencialmente, evoluir para problemas sérios e requerem atendimento médico e de enfermagem, porém não correm risco imediato de morte.

*** Tempo para o atendimento médico: Obrigatoriamente ≤ 60 minutos.**

- Politraumatizado com ECG entre 13 e 15; sem alterações de sinais vitais.
- Cefaleia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos, parestesias, alterações do campo visual, dislalia, afasia.
- Trauma cranioencefálico leve (ECG entre 13 e 15).
- Diminuição do nível de consciência.
- Alteração aguda de comportamento - agitação, letargia ou confusão mental.
- História de Convulsão /pós-ictal-convulsão nas últimas 24 horas.
- Dor torácica intensa.
- Desmaios.
- Alterações de sinais vitais em paciente sintomático:

FC < 50 ou > 140

PA sistólica < 90 ou > 240

PA diastólica > 130

T < 35 ou. 40

VERDES - Prioridade 4: Pacientes que apresentam potencial para complicações (condições agudas ou não agudas) Retorno ao serviço no período inferior a 24 horas, mesmo que o nível de classificação anterior tenha sido – cor AZUL (prioridade 5).

*** Tempo para o atendimento: Desejável <= 120 minutos.**

- CONDIÇÕES ESPECIAIS

1. Condições que devem ter prioridade no atendimento, pois apresentam potencial para complicações:

- Pacientes com idade igual ou superior a 60 anos.
- Pacientes escoltados (não presidiário).
- Pacientes com criança amamentando.
- Gestantes com complicações da gravidez.
- Paciente transplantado, mas, no momento da consulta, assintomático.
- Pacientes doadores de sangue com alteração dos sinais vitais.
- Portadores com necessidades especiais (ex. déficits motores e/ou visuais)
- Paciente na fila de transplante.
- Retorno ao Serviço de Emergência no período inferior a 24 horas, devido a não melhora do quadro clínico, exceto no nível de classificação vermelho 1, laranja 2 ou amarelo 3.
- Pacientes com distúrbios neurovegetativos.

- TRAUMA

1. Trauma menor

- Pequenos traumas – contusões, abrasões, luxações e/ou entorses (tornozelo, punho, etc.) com sinais vitais normais e dor moderada – 4-7/10.
- TCE com dor leve – 1-4/10, sem alterações de sinais vitais, nem perda da consciência no local.
- TCE tardio com dor leve – 1-4/10 e sinais vitais normais.

* Verificar o modificador – mecanismo da lesão, pensar em TCE e proteção de coluna cervical.

- ALTERAÇÃO CÁRDIO-VASCULAR

1. Sangramento retal ou nas fezes, discreto e/ou crônico.
2. Dor torácica moderada – 4-7/10, eupnéico, sem característica de dor visceral, nem história DAC e sinais vitais normais – DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA.
3. Sangramento vaginal e dor abdominal sem alteração dos sinais vitais - descartar gravidez.

4. Hipertensão PAS ≥ 180 e < 220 e PAD ≥ 120 e < 130 sem indicações de comprometimento de órgãos vitais (cefaléia, dor no peito, parestias, plegias e/ou parestesias) e sinais vitais normais.

5. Dor nos MMII com pulso pedioso presente, edema, eritema e/ou calor.

- DOR

1. Dor aguda ou crônica de origem periférica moderada 4-7/10, de origem central e crônica ou periférica e aguda; com lesões mínimas ou problemas no sistema músculo-esquelético. 2. Dor leve 1-4/10 de origem central e aguda

AZUL - Prioridade 5: Pacientes em condições não agudas, não urgentes ou problemas crônicos com sinais vitais normais.

- Queixas crônicas sem alterações agudas.
- Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos (BRASIL, 2004).



- PROPOSTA DE SISTEMÁTICA DE MONITORAMENTO E GARANTIA DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO

O acesso à informação em saúde é fundamental para reduzir iniquidades e promover transformações sociais necessárias para a qualidade de vida e o bem-estar mais democrático das populações.

O conceito ampliado de "saúde", tão discutido nos debates que deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), está intimamente relacionado à ideia de cidadania. E uma das bases essenciais ao exercício pleno da cidadania e do direito à saúde é o direito à comunicação e à informação.

Sistema Gerencial de Informação com Acesso Informatizado:

- Informatização dos registros a serem utilizados na atividade assistencial;
- Informatização das informações acerca da recepção e encaminhamento dos usuários aos serviços;
- Informatização dos registros a serem utilizados nos procedimentos administrativos;
- Informatização da referência e contra referência responsável e regulada dos usuários a outros serviços ou outros níveis assistenciais, assim como os registros que se utilizarão.
- Disponibilizar em tempo real as informações sobre os atendimentos, bem como as informações econômicas, todas aquelas que a SMS julgar necessárias ao acompanhamento e avaliação do contrato de gestão.
- Implementar/atualizar os sistemas de informação definidos pela SMS;
- Produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde das suas áreas de abrangência;
- Organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Organizar e definir os processos de trabalho para operação/alimentação dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Encaminhar as diferentes bases de dados conforme rotinas estabelecidas pela Secretaria de Saúde de Jabotão dos Guararapes.

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Possibilita uma análise global integrada de todas as doenças e agravos que constituem objeto de notificação compulsória, interesse nacional, estadual e/ou municipal, sendo o principal instrumento de coleta.

Instrumentos de coleta de dados do SINAN:

- Ficha de notificação do SINAN. Deve ser preenchida pelo profissional que atendeu o paciente e fez a suspeita da doença ou agravo objeto de notificação;
- Ficha de investigação do SINAN. Esta ficha é específica para cada doença ou agravo. Deve ser preenchida pelo profissional designado para esta atividade após a realização da investigação epidemiológica.

No caso de surto ou situação de emergência em saúde pública, outros indicadores e estatísticas de doenças de notificação compulsória serão incluídos para acompanhamento.

SISREG - Sistema Nacional de Regulação

Este sistema é composto por dois módulos principais:

Central de Marcação de Consultas (CMC) - Visa atender ao processo regulatório dos procedimentos especializados como as consultas médicas e exames de média/alta complexidade e para tal, utiliza sistema próprio de agendamento destes procedimentos.

Central de Internação Hospitalar (CIH) - Visa o atendimento das internações hospitalares, com o controle central de leitos da rede permitindo o gerenciamento do processo de regulação e autorização das solicitações para internações, tanto emergenciais quanto eletivas.

O sistema é operacionalizado através da inter-relação entre as Centrais de Regulação e as Unidades Solicitantes e Executantes.

A unidade irá utilizar o sistema de informatização adotado pelo município, que contemple, entre outros o prontuário eletrônico e que permitam à Secretaria de Saúde ter acesso aos indicadores e informações especificados no Contrato de Gestão, garantindo a certificação digital de 100% de todos os profissionais da Unidade que possam realizar o registro no Prontuário Eletrônico (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, entre outros). Ao município caberá a instalação da rede de informática e manutenção do software.

- PLANO DE INTEGRAÇÃO COM O COMPLEXO REGULADOR DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E COM A SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

- Articulação Com a Rede de Serviços

A Rede de integração entre os serviços é palavra-chave para o bom funcionamento da unidade. Esta rede deve ser clara nos seus princípios organizativos e deverá:

- definir portas de entrada;
- ordenar o acesso de forma cronológica e de risco;
- racionalizar a oferta de serviços e a incorporação tecnológica;
- definir linhas de cuidado;
- integrar os sistemas de informação;
- evitar repetição de ações e procedimentos;
- permitir o acesso a prontuários de forma integrada;
- construir fluxo interno de complexidade.

A integração da rede de Atenção Primária com a UPA será um desafio à resolubilidade, indicando a necessidade de aprimoramento no sistema de referência e de contra referência, além do esclarecimento da população quanto à procura.

A articulação com a UPA para agilizar o atendimento de emergência e para garantir o retorno ou reencaminhamento dos usuários, desde a UPA à Unidade de origem, facilitará a constituição desta, como o serviço de procura regular.

O desenvolvimento de estratégias de avaliação de risco na UPA, caso seja possível esta sugestão/intervenção, com encaminhamento para atendimento na Unidade de Atenção Primária dos casos de baixo risco – em contexto de Unidades que também atendam à demanda espontânea –, potencializará a conformação desta como a porta de entrada e desafogará as unidades de emergência. O profissional de serviço social da SMS de Franco da Rocha poderá ser um apoio para este processo.

Capacitações específicas e a utilização de Protocolos (assistenciais e de encaminhamentos) serão estratégias importantes para melhorar a integração da Estratégia Saúde da Família com o serviço de emergência, bem como a potencialização dos fluxos de informações entre Unidades de Atenção Primária e a UPA.

A realização de estudos sobre as demandas mais atendidas pela UPA e a identificação das Unidades de Atenção Primária que mais encaminham para esses serviços poderá orientar estratégias de qualificação, estimulando os profissionais a analisarem a real necessidade de encaminhamentos para a UPA e para a orientação adequada dos usuários, sob sua responsabilidade. A identificação das área de adstrição de usuários de baixo risco que buscam a UPA para atendimento de saúde, poderá orientar estratégias de acesso e revisão de atendimento da demanda espontânea na Unidade de Atenção Primária de referência.

- Regulação Assistencial de Referência

Plano de integração com o complexo regulador da Secretaria Municipal de Saúde e com a Secretaria Estadual de Saúde

AÇÕES	PRAZO
Mapeamento dos recursos existentes identificando as unidades solicitantes e as executantes	1º mês de contrato
Pactuação de fluxos e protocolos	1º mês de contrato
Regulação médica com priorização de riscos	Até o 2º mês de contrato
Controle e priorização dos leitos disponíveis e agendas ambulatoriais	1º mês de contrato
Padronização dos mecanismos de solicitações de internações, consultas, exames e terapias especializadas	Até o 2º mês de contrato
Organização de fluxos de referência e contra-referência entre unidades, municípios e regiões, conforme pactuações de protocolos assistenciais padronizados	Até o 2º mês de contrato
Fornecimento de subsídios para o planejamento com a explicitação de vazios assistenciais e escassez de oferta	Até o 3º mês de contrato
Organização e regulação do transporte (quando aplicável)	Até o 3º mês de contrato

- PROPOSTA DE FLUXO PARA O FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA NAS UNIDADES

- A Unidade deverá utilizar o de referência pactuado como ponto assistencial de retaguarda para casos que necessitem de atendimento de maior complexidade, internação ou observação superior à 24 (vinte e quatro) horas., conforme pactuação desta SMS.

Para cumprir o princípio da integralidade a Unidade deverá articular-se com a Atenção Básica na contra referência de pacientes.

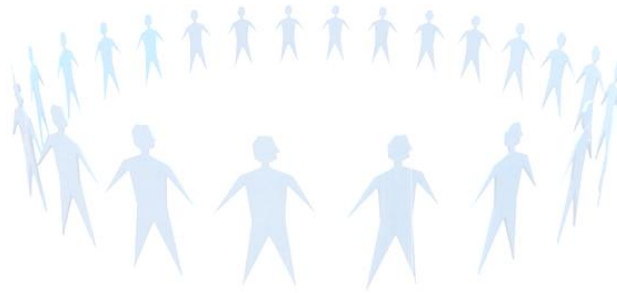
- As Unidades Básicas de Saúde são a porta de entrada para o sistema, o que significa aproximar a porta de acesso aos serviços de maior complexidade (Hospitais, Policlínicas, Exames Diagnósticos, Cirurgias, Especialidades) da residência do paciente. Dessa forma, o acesso a estes serviços ocorre mediante o encaminhamento devido pela Unidade de Saúde, garantindo-se a sua distribuição sem filas, com marcação de consultas e exames nas Unidades mais próximas da residência dos pacientes.

- As Unidades de Saúde ficam incumbidas da função não só do encaminhamento/referenciamento, mas também, do agendamento e retorno deste ao usuário. Assim, o atendimento de um usuário o vincula à unidade que o atendeu até o alcance da resolução dos seus problemas.

- Uma vez atendido na Unidade de Referência o cliente deverá ser contra-referenciado, ou seja, o profissional que fez o atendimento nesta Unidade deverá preencher no encaminhamento próprio as informações necessárias para a continuidade do atendimento do cliente na Unidade Básica – origem.

- Todo e qualquer encaminhamento deverá ser feito respeitando-se normas e instrumentos do Sistema de Referência e Contra-Referência, as orientações técnicas e administrativas do serviço que estiver recebendo o paciente e/ou o material para análise.

A N E X O S (PROCOLOS)



- PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS**PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP)****POP ACOLHIMENTO**

Definição:

É uma ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade.

É um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço um postura capaz de acolher, executar e das respostas mais adequadas aos usuários.

Objetivo:

Prestar atendimento com resolutividade e responsabilização orientando, quando necessário, a outros serviços de saúde para dar continuidade da assistência, estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Executante: Enfermeiro

Procedimento:

- Recepcionar o cliente;
- Perguntar qual sua queixa;
- Utilizando o sistema registrar o nome, data de nascimento, queixa e pré classificá-lo de acordo com sua queixa em azul, verde, amarelo e vermelho;
- Azul: não urgente, referenciar o cliente ao serviço especializado de acordo com a necessidade, ou aguardar o atendimento médico de acordo com a ordem de chegada.
- Verde: Menor urgência, o mesmo aguardará o atendimento médico pro ordem de chegada, estando ciente de que maiores agravos terão prioridade de atendimento;
- Amarelo: Urgência, atendimento médico prioritário;
- Vermelho: Emergência, os mesmos serão imediatamente atendidos nas salas de urgência e emergência (sala vermelha ou amarela);

PROPOSTA DA ABEDESC PARA AS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS DA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS:

RECEPÇÃO (Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem e Auxiliares Administrativos)

ATIVIDADES: Acolhimento, classificação primária do risco, orientação e direcionamento do atendimento, organização do fluxo para atendimento e outras Informações.

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Enfermagem	Acolher o usuário com cordialidade; Classificação primária de risco; Encaminhar para o atendimento, direcionando o caso conforme a classificação de risco.
2º	Auxiliar Administrativo	Acolher o usuário com cordialidade; Solicitar documentação de identificação do usuário; Acessar o sistema informatizado para localizar o cadastro do usuário no prontuário eletrônico, se existente, e recepcioná-lo; Encaminhar para avaliação e classificação de risco; Prestar as informações corretamente e com clareza sobre tempo de espera e local de atendimento.

OBSERVAÇÃO:

Atentar para os usuários com necessidades especiais e analfabetos, a fim de encaminhá-los adequadamente.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM (Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros)

ATIVIDADES: Classificação de risco, verificação dos sinais vitais, registro das queixas, orientação e direcionamento do atendimento, realização do preenchimento das fichas epidemiológicas de casos suspeitos de doenças de notificação obrigatória e informações diversas.

MATERIAL: Esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, álcool 70%, formulários e canetas.

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Enfermagem	Lavar as mãos; Preparar e organizar o ambiente para o atendimento.
2º	Enfermagem	Acolher o usuário de forma cordial; Explicar o procedimento ao usuário; Verificar os sinais vitais; Ouvir as queixas, tempo de aparecimento dos sintomas e demais informações; Avaliar o estado de saúde do usuário; Registrar as informações; Preencher fichas de investigação, nos casos de agravos de notificação obrigatória; Encaminhar o usuário para atendimento, seguindo o protocolo de classificação de risco.
3º	Enfermagem	Fazer desinfecção do material com álcool 70%; Lavar as mãos conforme técnica preconizada

OBSERVAÇÕES:

Suprir a sala com material necessário para o atendimento e observar o uso racional dos materiais e equipamentos.

ATENDIMENTO NA FARMÁCIA (Farmacêutico e/ou Auxiliar de Farmácia)

ATIVIDADES: Fornecimento de medicamentos para os usuários, orientações sobre posologia, horário e via de administração.

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Auxiliar de Farmácia	Lavar as mãos; Preparar e organizar o ambiente para o atendimento; Limpar prateleiras e armários semanalmente; Organizar os medicamentos de forma que as datas mais próximas do vencimento estejam em áreas visíveis para dispensação; Manter os medicamentos em seus invólucros originais; Fazer reposição de medicamentos antes do término do lote; Informar ao responsável a falta ou provável falta de medicamentos; Verificar semanalmente a validade dos medicamentos.
2º	Farmacêutico	Acolher o usuário com cordialidade; Identificar o usuário; Ler atentamente a receita; Fornecer os medicamentos prescritos, orientando de forma clara quanto medicamento, dose, via e horário de administração, entre outras informações importantes; Certificar-se de que o usuário não tem nenhuma dúvida; Não fornecer medicamentos sem receita médica; Em caso de medicação injetável encaminhar o usuário para sala de injeções; Registrar a dispensação de medicamentos no sistema e/ou prontuário, no momento da entrega.

ATENDIMENTO NA SALA DE APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS (Enfermagem e/ou

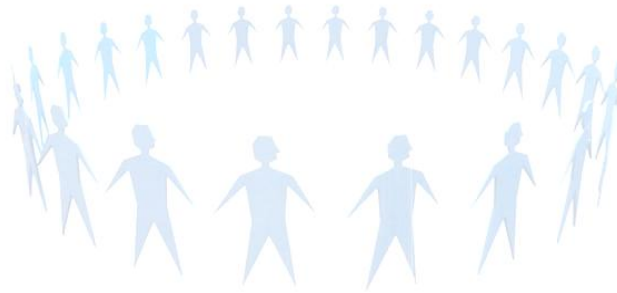
Auxiliares de Farmácia e Farmacêutico)

ATIVIDADES: Administração de vacinas e medicamentos prescritos.

MATERIAIS: Seringas, agulhas, algodão, álcool 70%, garrote, esparadrapo ou micropore, geladeiras, computador, formulários e canetas.

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Enfermagem / Farmácia	Lavar as mãos conforme técnica; Preparar e organizar o ambiente para o atendimento; Limpar prateleiras e armários semanalmente; Datar, colocar horário e assinar quando da abertura dos frascos de medicamentos; Organizar os medicamentos de forma que as datas mais próximas do vencimento estejam visíveis para utilização; Manter os medicamentos em seus invólucros originais; Fazer/solicitar reposição de medicamentos antes do término do lote; Informar ao responsável a falta ou provável falta de medicamentos; Verificar semanalmente a validade dos medicamentos; Passar plantão ao término da jornada de trabalho.

2º	Enfermagem	<p>Acolher o usuário de forma cordial;</p> <p>Explicar o procedimento ao usuário;</p> <p>Conferir com atenção a prescrição do medicamento;</p> <p>Realizar a técnica correta e indicada para a administração do medicamento;</p> <p>Observar ocorrência de reações (dor, tontura, outros);</p> <p>Orientar sobre possibilidade de ocorrer alguma reação adversa;</p> <p>Registrar o procedimento na ficha de atendimento;</p> <p>Se necessário, preencher fichas epidemiológicas.</p>
----	------------	---



ATENDIMENTO NA SALA DE INALAÇÃO (Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem e Enfermeiro)

ATIVIDADE: Administrar medicamento por via aérea-inalatória.

MATERIAIS: Nebulizadores e medicamentos.

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Enfermagem	Lavar as mãos; Preparar e organizar o ambiente para o atendimento; Manter dois recipientes com tampa para acondicionar e transportar os materiais: um para material limpo e outro para material sujo; Identificar os frascos abertos para realização do procedimento.
2º	Enfermagem	Acolher o usuário de forma cordial; Ler com atenção a prescrição médica; Explicar o procedimento ao usuário; Registrar o procedimento.
3º	Enfermagem	Realizar desinfecção com álcool 70% dos bicos de ar comprimido ao término do plantão, diariamente.
4º	Enfermagem	Orientar o usuário a deixar o inalador usado na caixa plástica (exclusiva para esta finalidade), localizada sobre a bancada da sala de inalação.
5º	Enfermagem	Encaminhar os materiais usados, dentro da caixa, para a CME – Central de Material Esterilizado.

OBSERVAÇÃO:

Proceder à nebulização sempre em ar comprimido, quando não houver prescrição do oxigênio.

ATENDIMENTO NA SALA VERMELHA (Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem)

ATIVIDADES: A Sala Vermelha é destinada ao atendimento dos usuários que necessitam de atendimento médico e de enfermagem imediatos, em risco iminente de morte ou sofrimento intenso. Como nas situações de parada cardiorrespiratória, estado de coma, crise convulsiva (inclusive pós-crise), comprometimentos da coluna vertebral, desconforto respiratório grave, dor no peito associado à falta de ar e cianose, perfurações no peito, abdome e cabeça, intoxicações exógenas, reações alérgicas, tentativas de suicídio, complicações do diabetes, queimaduras, entre outras situações graves.

AGENTE	AÇÃO
Enfermagem	<p>Prestar assistência de enfermagem aos usuários em situação de urgência/emergência e auxiliar a equipe médica no atendimento;</p> <p>Auxiliar em procedimentos complexos realizados pelo médico ou enfermeiro;</p> <p>Prestar assistência de enfermagem aos usuários que inspiram cuidados intensivos;</p> <p>Prestar assistência de enfermagem ao usuário em ventilação mecânica;</p> <p>Realizar manutenção de vias aéreas e aspiração de usuários;</p> <p>Administrar medicamentos sob prescrição médica aos usuários em atendimento;</p> <p>Checar os medicamentos administrados na prescrição médica;</p> <p>Realizar a anotação de enfermagem pertinente às ocorrências;</p> <p>Manter a sala organizada e preparada para os atendimentos de emergência;</p> <p>Conferir e repor o armário de materiais esterilizados sempre que necessário;</p> <p>Conferir e repor materiais e medicamentos da sala;</p> <p>Conferir e repor materiais e medicamentos de emergência, quando solicitado.</p> <p>Manter equipamentos em ordem e em funcionamento.</p>

ATENDIMENTO NA SALA AMARELA (Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem)

ATIVIDADES: A Sala Amarela é destinada ao atendimento médico e de enfermagem de usuários em estado grave, em estabilização, ainda com risco de morte, mas, não iminente. Aqui os usuários aguardam a direção do caso para internamento, transferência para outro serviço ou alta.

AGENTE	AÇÃO
Enfermagem	<p>Prestar cuidados integrais aos usuários em observação;</p> <p>Prestar assistência emergencial aos usuários da sala;</p> <p>Prestar assistência de enfermagem aos usuários que inspiram cuidados intensivos;</p> <p>Prestar assistência de enfermagem ao usuário em ventilação mecânica;</p> <p>Realizar os procedimentos prescritos para usuários em observação;</p> <p>Manter a sala organizada e preparada para os atendimentos de emergência;</p> <p>Conferir e repor o armário de materiais esterilizados sempre que necessário;</p> <p>Conferir e repor materiais e medicamentos de emergência;</p> <p>Administrar medicamentos sob prescrição médica aos usuários em atendimento;</p> <p>Checar os medicamentos administrados na prescrição médica;</p> <p>Realizar a anotação de enfermagem pertinente às ocorrências;</p> <p>Solicitar dietas para os usuários em observação, caso necessário;</p> <p>Identificar os usuários com placa de identificação no leito;</p> <p>Realizar a devolução dos pertences dos usuários transferidos/óbitos;</p> <p>Manter atualizado o registro de movimentação de usuários;</p> <p>Encaminhar e buscar usuários a exames complementares e de diagnóstico;</p> <p>Auxiliar em procedimentos complexos realizados pelo médico ou enfermeiro.</p>

ATENDIMENTO NA SALA DE PROCEDIMENTOS (Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem)

ATIVIDADES: esta sala é destinada ao atendimento de usuários que necessitam atendimento médico ou de enfermagem, para a realização de procedimentos de média e baixa complexidade.

AGENTE	AÇÃO
Enfermagem	<p>Prestar cuidados integrais a todos os usuários;</p> <p>Auxiliar em procedimentos realizados pelo médico ou enfermeiro;</p> <p>Realizar os registros dos atendimentos;</p> <p>Orientar o usuário/familiar quanto aos cuidados e seguimento do tratamento;</p> <p>Manter a sala com os materiais e medicamentos necessários para o atendimento;</p> <p>Providenciar reposição do material esterilizado do setor;</p> <p>Manter o ambiente limpo e organizado.</p>

ADMISSÃO NA EMERGÊNCIA (Equipe)

ATIVIDADE: Sistematizar a admissão do usuário na sala de emergência.

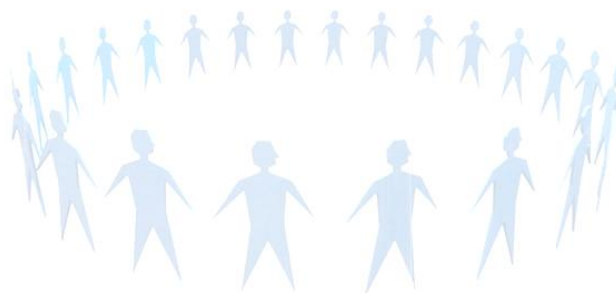
AGENTE	AÇÃO
Enfermagem Recepção	<p>Encaminhar o usuário para a sala de atendimento de emergência;</p> <p>Proceder à recepção no Sistema Prontuário;</p> <p>Encaminhar a ficha de atendimento para a sala de emergência;</p> <p>Orientar o acompanhante.</p>
Médico/ Enfermeiro	<p>Realizar a classificação de risco;</p> <p>Prestar assistência emergencial necessária;</p> <p>Seguir atendimento, conforme protocolo estabelecido.</p>
Enfermagem Sala de emergência	<p>Prestar assistência emergencial necessária;</p> <p>Seguir atendimento, conforme protocolo estabelecido.</p>

ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA (Médico e Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem)

ATIVIDADES: Fornecer atendimento sistematizado ao usuário em situação de emergência clínica, aplicar o protocolo de atendimento à emergência clínica pelo ACLS (Advanced Cardiologic Life Suport).

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Médico	<p>Receber o usuário encaminhado, após o atendimento pré-hospitalar;</p> <p>Definir a sala de atendimento: Sala Vermelha ou Amarela;</p> <p>Atender o usuário com risco iminente de morte;</p> <p>Realizar exame físico, baseado no protocolo do ACLS;</p> <p>Solicitar à enfermagem os medicamentos, procedimentos e materiais necessários ao atendimento, com a devida prescrição na ficha do usuário;</p> <p>Realizar procedimentos invasivos necessários para estabilizar o quadro do usuário;</p> <p>Solicitar os exames complementares para definir diagnóstico e as condutas que serão tomadas.</p>
2º	Enfermeiro	<p>Receber o usuário e realizar o exame físico junto com o médico;</p> <p>Atuar em procedimentos prescritos pelo médico que são de alta complexidade;</p> <p>Supervisionar toda a atuação da enfermagem;</p> <p>Permanecer junto ao usuário em estado grave, durante a realização de todos os exames até seu encaminhamento para o tratamento definitivo;</p> <p>Reavaliar, constantemente, o estado geral do usuário e tomar condutas necessárias.</p>

3º	Enfermagem	Atuar junto à equipe multiprofissional; Realizar procedimentos e administrar medicações conforme prescrição médica, com supervisão do enfermeiro; Realizar anotação de enfermagem após atendimento do usuário em impresso próprio; Manter a sala de emergência reposta e preparada para atendimentos subsequentes.
PASSOS	AGENTE	AÇÃO
4º	Enfermagem	Encaminhar, após o atendimento, todo o material contaminado para reprocessamento na Central de Material.



ATENDIMENTO DO USUÁRIO NÃO IDENTIFICADO (Médico e Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem)

ATIVIDADES: Prover atendimento ao usuário não identificado, conforme protocolo assistencial e em contingência, até que se obtenham os dados de identificação.

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Médico/ Enfermeiro/ Enfermagem	Receber o usuário na sala de emergência; Proceder ao atendimento de emergência.
2º	Enfermagem/ Enfermeiro	Comunicar o enfermeiro sobre o usuário não identificado; Retirar os pertences do usuário e acondicioná-los em sacos plásticos; Identificar com data, hora e procedência; Guardar os pertences em local específico; Abrir atendimento na Ficha de Contingência; Seguir atendimento de emergência.
3º	Enfermagem	Anotar no livro de usuários não identificados: data, horário da entrada, roupas que o indivíduo estava utilizando, quem trouxe; (nº da viatura) e nome da rua em que foi encontrado.
4º	Enfermeiro Enfermagem	Entrar em contato com serviço social, informando a presença de usuário não identificado.

OBSERVAÇÕES:

Em caso de identificação posterior do usuário, inserir o atendimento no prontuário eletrônico (se existente). Caso não seja possível identificação, encaminhar ficha de contingência e prontuário papel para arquivo.

ATENDIMENTO A MÚLTIPLAS VÍTIMAS NA SALA DE EMERGÊNCIA (Médico e Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem)

ATIVIDADES: Realização do atendimento rápido e adequado, com priorização das vítimas de maior complexidade.

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Médico	Receber as informações sobre as vítimas do Serviço pré-hospitalar; Repassar as informações ao enfermeiro de plantão.
	Enfermeiro	Receber as informações do plantonista, sobre as vítimas que serão encaminhadas à UPA; Repassar para a equipe as informações fornecidas; Organizar a equipe de enfermagem para o atendimento, designando as atividades que serão executadas; Manter as salas de emergência vazias; Suprir a sala de emergência com materiais e equipamentos.
2º	Enfermagem	Receber as informações do enfermeiro; Suprir a sala de emergência com materiais e equipamentos.
3º	Médico/ Enfermeiro	Realizar classificação de risco na sala de emergência; Priorizar o atendimento às vítimas mais graves; Encaminhar as vítimas menos graves para a sala de procedimento.
4º	Enfermagem	Realizar a abordagem primária a todas as vítimas; Auxiliar a equipe médica nos procedimentos de alta complexidade; Encaminhar os usuários aos exames solicitados pelo médico.

ATENDIMENTO AO USUÁRIO ENTUBADO (Auxiliares e Técnicos de Enfermagem)

ATIVIDADES: Auxiliar na recuperação, promoção e conforto, incluindo o suprimento das necessidades do usuário entubado.

PASSO	AGENTE	AÇÃO
1º	Enfermeiro	Receber o plantão; Realizar a escala de enfermagem, designando o funcionário para realizar a assistência ao usuário entubado.
2º	Enfermagem	Receber o plantão; Realizar assistência integral ao usuário entubado; Realizar administração de medicamentos e infusões; Encaminhar o usuário para exames, juntamente com o enfermeiro; Realizar controle de sinais vitais, conforme prescrição.
3º	Enfermeiro	Realizar avaliação do usuário e evolução de enfermagem; Prescrever os cuidados de enfermagem; Realizar procedimentos de alta complexidade.
4º	Enfermeiro	Verificar a situação de vaga junto ao médico responsável e central de regulação de leitos.

MEDICAMENTOS E PROCEDIMENTOS (Médico e Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem)

ATIVIDADE: Sanar a queixa principal que trouxe o usuário para o atendimento emergencial.

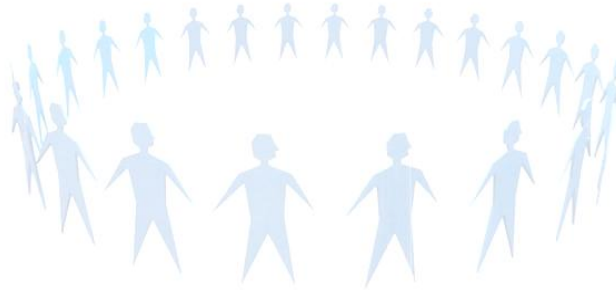
PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Médico	Prescrever o medicamento, dosagem e via na ficha, após exame físico e anamnese; Prescrever o procedimento na ficha.
2º	Enfermeiro/ Enfermagem	Realizar administração do medicamento e/ou procedimento; Checar na ficha o procedimento realizado com horário e nome; Observar a reação/evolução do usuário, após a administração do medicamento.
3º	Enfermagem	Repor material e medicamento na sala.
4º	Enfermeiro	Supervisionar equipe de enfermagem.

CARRO DE EMERGÊNCIA (Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Farmácia e Farmacêutico)

ATIVIDADE: Controlar os materiais e medicamentos do carro de emergência, a fim de mantê-lo em condições adequadas para o atendimento.

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Enfermagem	Retirar o lacre do carro de emergência; Utilizar os materiais para o atendimento; Administrar os medicamentos solicitados pelo médico, durante o atendimento de emergência.
2º	Enfermagem	Anotar os materiais e medicamentos, à medida que estão sendo utilizados; Entregar ao enfermeiro a lista de materiais e medicamentos utilizados, após término do atendimento; Protocolar o número do lacre do carro e nome do usuário que foi atendido, no livro de protocolo do carro de emergência.
3º	Médico	Realizar a prescrição dos medicamentos utilizados durante a emergência, na prescrição do usuário.
4º	Enfermeiro	Receber e conferir a lista de itens utilizados no atendimento; Realizar a prescrição dos materiais utilizados durante a emergência, na prescrição do usuário.
5º	Farmacêutico	Fornecer ao setor todos os materiais e medicamentos necessários para a reposição do carro de emergência; Seguir padronização do carro de emergência.
6º	Enfermagem	Repor materiais da Central de Materiais Esterilizados; Receber e organizar os materiais e medicamentos no carro de emergência; Fazer conferência completa, seguindo um check-list; Avisar o enfermeiro sobre o procedimento realizado.

7º	Enfermeiro	Conferir o carro de emergência após reposição; Lacrar o carro de emergência; Protocolar o número do lacre no livro de protocolo do carro de emergência.
8º	Enfermagem	Manter o carro sempre em ordem, em condições de uso imediato e lacrado.



OBSERVAÇÕES:

O carro de emergência deve ser montado conforme a padronização, ser mantido em condições de uso imediato e sempre estar lacrado.

IDENTIFICAÇÃO DOS USUÁRIOS (Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem)

ATIVIDADES: Identificação do usuário em observação, sob o princípio da humanização, para maior segurança na realização dos procedimentos.

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Enfermagem	No momento de entrada na Emergência: Identificar, registrando: o nome completo do usuário, o diagnóstico e data na placa de identificação do leito; Colocar a identificação no leito/ maca.
2º	Enfermagem	Durante o internamento: Conferir a presença da identificação sempre que for realizar algum procedimento no usuário; Realizar a troca da identificação, caso algum dado for alterado ou se a mesma sofrer algum dano; Retirar a identificação somente no momento da alta.

OBSERVAÇÃO:

Os profissionais do setor devem conferir os dados do cliente na identificação sempre que houver encaminhamentos para outro setor, administração de medicamentos, realização de procedimentos ou sempre que se fizer necessário.

PEDIDO DE INTERNAMENTO (Médico e Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem)

ATIVIDADE: Encaminhar o usuário para tratamento em nível hospitalar.

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Médico	Realizar a indicação do internamento; Solicitar vaga na Central de Regulação de Leitos; Avisar o enfermeiro.
2º	Enfermeiro	Confirmar a disponibilidade de leitos na Central de Leitos; Avisar a enfermagem.
3º	Enfermeiro/ Enfermagem	Orientar o usuário e familiares quanto à necessidade de internamento e transferência; Encaminhar o usuário; Realizar a transferência do usuário, informando os dados e assistência prestada; Encaminhar o prontuário até o posto de enfermagem.
4º	Médico/ Enfermeiro	Em caso de internamento hospitalar, preencher o impresso de transferência com todos os procedimentos referentes ao atendimento realizado na UPA.

TRANSFERÊNCIA DE USUÁRIOS PARA O HOSPITAL (Médico e Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem)

ATIVIDADES: Assegurar a chegada do usuário à instituição hospitalar onde receberá continuidade do tratamento, após o atendimento emergencial prestado na UPA JACAREÍ.

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Médico	Solicitar vaga na Central de Leitos ou Hospital de Retaguarda; Verificar a disponibilidade de vagas na unidade de destino do usuário, junto à equipe médica de plantão; Avisar enfermagem.
2º	Enfermeiro	Preparar o usuário para a remoção; Organizar a documentação do usuário; Avisar familiares sobre a transferência.
3º	Enfermeiro / médico	Verificar a complexidade do usuário para acionar o SAMU adequadamente; Acionar equipe do SAMU para realizar a remoção.
4º	Enfermagem	Receber equipe do SAMU para a remoção; Entregar documentos para remoção. Proceder às anotações de enfermagem; Realizar passagem de plantão.

ENCAMINHAMENTOS PARA EXAMES (Médico e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem)

ATIVIDADES: Assegurar a realização de exames complementares ou de diagnóstico aos usuários atendidos no UPA.

MATERIAIS: Requisição do exame.

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Médico	Solicitar o exame em impresso próprio; Comunicar a equipe de enfermagem sobre as solicitações realizadas, entregando-lhe os pedidos devidamente preenchidos.
2º	Enfermeiro	Entrar em contato com o hospital ou o laboratório de retaguarda e agendar o exame, quando necessária realização em serviço externo; Certificar-se do agendamento do exame; Verificar os cuidados e preparo para o exame ou encaminhar o usuário para a coleta de material.
3º	Enfermagem	Orientar o usuário quanto ao exame e preparo; Atentar/ iniciar/manter o preparo de acordo com o exame; Proceder à coleta do exame
4º	Enfermeiro/ médico	Solicitar remoção quando o exame for realizado em serviço externo, conforme condição clínica do usuário.

PASSAGEM DO PLANTÃO (Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem)

ATIVIDADES: Fornecer informações sobre o estado clínico, procedimentos, exames e encaminhamentos realizados no usuário em observação ou na sala de emergência, a fim de assegurar a continuidade da assistência nas trocas de turno e quando necessário.

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Enfermagem	<p>Realizar a passagem do plantão 10 minutos antes do início do próximo turno, com todos os funcionários presentes nas salas de atendimento de emergência;</p> <p>Evitar comentários desnecessários na frente ou próximo ao usuário;</p> <p>Passar o plantão leito por leito de observação, relatando o nome do cliente, diagnóstico, a clínica, os exames realizados e os que serão realizados, os procedimentos de enfermagem que foram realizados, as intercorrências, medicamentos que estão sendo administrados continuamente;</p> <p>Receber o plantão leito por leito;</p> <p>Verificar ordem, organização e limpeza das salas de emergência e sala de procedimentos e de observação;</p> <p>Observar identificação dos procedimentos como nome, data, hora, identificação do leito;</p> <p>Esclarecer dúvidas sobre qualquer anotação ou procedimento realizado durante o plantão que terminou;</p> <p>Conferir os equipamentos pertinentes de cada sala.</p>
2º	Enfermeiro	<p>Receber / Passar o plantão junto com a equipe de enfermagem.</p>

PERTENCES DOS USUÁRIOS (Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem) ATIVIDADES:
Manter seguro os objetos pessoais e valores do usuário. MATERIAIS: Saco plástico,
impresso de rol e impresso check-list.

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Enfermagem	Retirar objetos de valor (relógio, anéis) e/ou roupas, entregar para o familiar que estiver acompanhando, realizando o check-list do rol; Colocar em saco plástico todos os pertences e etiquetar; Solicitar assinatura do familiar no momento da entrega dos pertences; Assinar o impresso do rol.
2º	Enfermagem	Guardar os pertences em local específico.

MONITORAÇÃO CARDÍACA (Médico e Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem)

ATIVIDADES: Identificar possíveis alterações cardíacas, por meio de ritmo e frequência, manter monitorização permanente, possibilitando cuidados intensivos.

MATERIAIS: Eletrodos, tricótomo e luvas de procedimento.

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Enfermeiro/ Auxiliar de Enfermagem	Receber o usuário na sala de emergência; Orientar sobre o procedimento; Realizar tricotomia, se necessário; Fixar eletrodos em região torácica do usuário, conforme equipamento e disposição dos cabos de monitoramento; Ligar monitor cardíaco; Selecionar uma derivação.
2º	Médico / Enfermeiro	Determinar qual derivação deve permanecer na tela.
3º	Enfermeiro/ Auxiliar de Enfermagem	Manter monitoramento permanente até alta do usuário da sala de emergência.
4º	Auxiliar de Enfermagem	Desligar o equipamento; Realizar limpeza e manter equipamento em ordem; Repor eletrodos.
5º	Enfermagem	Realizar anotações de enfermagem.

OBSERVAÇÕES:

Fatores de risco: disposição errada dos cabos em região torácica; ligar equipamento em rede elétrica imprópria; esquecer equipamento fora da rede elétrica; checar se o equipamento está ligado na rede elétrica; atentar para voltagem da tomadas.

OXIMETRIA DE PULSO (Auxiliares e Técnicos de Enfermagem)

ATIVIDADES: Identificar alterações dos sinais vitais, por meio do sensor de oximetria; manter controle de saturação de oxigênio e pulso.

MATERIAIS: Oxímetro, cabo e sensor de oximetria, luva de procedimento.

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Enfermagem/ Enfermeiro	Receber o usuário na sala de emergência; Orientar sobre o procedimento; Fixar sensor de oximetria em um dos dedos da mão; Ligar oxímetro; Selecionar alarme de FC máxima e mínima / SpO2 mínima; Manter oximetria permanente até alta do usuário da sala de emergência.
2º	Enfermagem/ Enfermeiro	Desligar equipamento; Realizar limpeza e manter o equipamento em ordem; Realizar anotação de enfermagem completa.
3º	Enfermeiro	Realizar evolução de enfermagem.

OBSERVAÇÕES:

Fatores de risco: não estabelecer FC mínima e máxima; ligar equipamento em rede elétrica imprópria; esquecer equipamento fora da rede elétrica; checar se o equipamento está ligado na rede elétrica; atentar para a voltagem das tomadas que deve ser 110 V.

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA EMERGÊNCIA (Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem)

ATIVIDADES: Prestar assistência imediata aos usuários em estado crítico; determinar e supervisionar os procedimentos executados pela equipe.

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Enfermagem	Acomodar o usuário na sala de emergência; Realizar o atendimento iniciando pelo A, B, C, D, E.
2º	Enfermeiro	Prestar o cuidado ao usuário, juntamente com o médico; Preparar e administrar os medicamentos prescritos.
3º	Enfermeiro	Instalar sondas nasogástrica/enteral e vesical; Realizar punção venosa; Realizar os curativos de maior complexidade; Preparar material de intubação e aspiração; Preparar monitor e cardioversor; Registrar procedimentos realizados.
4º	Enfermagem	Instalar soluções e medicamentos prescritos; Auxiliar nos procedimentos solicitados.
5º	Enfermagem	Registrar o atendimento realizado; Fazer anotação e checagem.
6º	Enfermagem	Organizar o ambiente após o atendimento; Repor material e medicamento utilizado.

ATENDIMENTO DE PARADA CARDIO-RESPIRATÓRIA (Médico e Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem)

ATIVIDADES: Recuperação da função cardio-respiratória.

MATERIAIS: Carrinho de emergência, tábua, ambú, jogo de laringoscópio, cânula endotraqueal, cadarço e medicações de emergência, fonte de oxigênio ligado à rede, frasco de aspiração conectado à rede, fluxômetro e umidificador conectado à rede.

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Enfermagem/ Médico	Detectar a PCR, verificar e anotar o horário da PCR; Chamar ajuda - médico + equipe de enfermagem; Carrinho de emergência.
2º	Enfermagem	Realizar abertura de vias aéreas (com controle ou sem controle cervical); Ver, ouvir e sentir vias aéreas / verificar pulso carotídeo e/ou femural; Aspirar sangue, secreções ou fluídos; Realizar O2 ventilações de resgate, com ambú + máscara e oxigênio 10 a 15 l/min. umidificado.
3º	Enfermagem	Ver, ouvir e sentir novamente vias aéreas; Iniciar manobras de RCP, caso não haja resposta de movimentos respiratórios; Posicionar a tábua em baixo do usuário.
4º	Enfermagem	Iniciar as compressões cardíacas; Sincronizar 30 compressões e 2 ventilações; Em CRIANÇAS com idade inferior a 8 anos, realizar 5 compressões e 1 ventilação.
5º	Enfermagem	Puncionar acesso venoso calibroso; Preparar material para intubação.
6º	Médico	Realizar a intubação endotraqueal.
7º	Enfermagem	Realizar aspiração de vias aéreas, se necessário.

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
8º	Médico	Solicitar a administração de medicamentos de emergência; Realizar desfibrilação; Checar pulso carotídeo/femural, monitorização cardíaca e oximetria.
9º	Enfermagem	Manter o usuário em ventilação mecânica; Organizar o local; Realizar reposição do carrinho de emergência; Realizar a anotação de enfermagem; Solicitar vaga na Central de Regulação de Leitos e contatar o SAMU para transferência imediata.

OBSERVAÇÃO:

Em casos de ressuscitação cardiopulmonar sem sucesso, anotar o horário do óbito e realizar rotina de encaminhamento do óbito.

EVASÃO DE USUÁRIOS (Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem e Assistente Social)

CONCEITO: Saída do usuário, sem orientação e/ou ciência do serviço.

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Enfermagem Profissionais	Constatar a evasão do usuário; Comunicar ao responsável pelo setor.
2º	Enfermagem	Comunicar médico assistente e enfermeiro responsável.
3º	Enfermagem/ Serviço Social	Fazer busca pela Unidade; Contatar a família/ responsável.
4º	Enfermagem	Fazer anotação no prontuário.
5º	Enfermeiro/Serviço Social	Avisar as Coordenações e tomar outras medidas, conforme o caso e orientação da chefia.

OXIGENOTERAPIA (Médico e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem)

ATIVIDADES: Fornecer tratamento terapêutico, concentração adicional de oxigênio e aliviar dificuldade respiratória.

MATERIAIS: Fluxômetro de oxigênio, cateter nasal ou máscara facial, micropore, frasco de umidificador, conexão, látex, água destilada para o umidificador.

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Médico	Prescrever a oxigenoterapia.
2º	Enfermagem	Lavar as mãos; Preparar material necessário; Orientar o usuário e/ou familiar sobre o procedimento.
3º	Enfermagem	Adaptar o cateter ao látex e este ao umidificador; Conectar o frasco umidificador ao fluxômetro e este na fonte de O ₂ ; Introduzir o cateter na narina lentamente ou adaptar máscara à face do paciente; Fixar delicadamente o cateter na região do osso zigomático ou máscara com cadarço.
4º	Enfermagem	Abrir lentamente a válvula até fluir a quantidade prescrita de oxigênio por minuto.
5º	Enfermagem	Recolher e guardar material, deixando a unidade em ordem; Retirar as luvas e lavar as mãos.
6º	Enfermagem	Checar em prescrição e anotar intercorrências.

MONITORIZAÇÃO CARDÍACA (Médico e Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem)

ATIVIDADES: Controlar a frequência e ritmos cardíacos.

MATERIAIS: Monitor cardíaco, eletrodos e gases.

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Médico	Estabelecer os limites máximo e mínimo da frequência cardíaca.
2º	Enfermeira	Providenciar a realização do procedimento. Explicar o procedimento ao usuário e/ou acompanhante.
3º	Enfermagem	Posicionar os eletrodos na região torácica do usuário, conforme o equipamento; Ligar o monitor cardíaco; Regular os parâmetros de alarme conforme prescrição médica; Registrar os valores obtidos na prescrição; Comunicar alterações dos limites estabelecidos à Enfermeira ou ao Médico.

OXIMETRIA DE PULSO (Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem)

ATIVIDADES: Identificar alterações de SSVV, por meio de sensor de oximetria; manter controle de SpO2 e pulso permanente.

MATERIAIS: Oxímetro, cabo e sensor de oximetria, álcool 70 %, luva de procedimento.

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Enfermagem	Receber o usuário na sala de emergência; Orientar sobre procedimento; Fixar sensor de oxímetria em um dos dedos da mão; Ligar oxímetro; Selecionar alarme de FC máxima e mínima / SpO2 mínima; Manter oxímetria permanente até alta do usuário da sala de emergência.
2º	Enfermagem	Desligar equipamento; Realizar limpeza e manter equipamento em ordem.
3º	Enfermagem	Realizar anotação de enfermagem completa.

OBSERVAÇÕES:

Fatores de risco: Não estabelecer FC mínima e máxima; ligar equipamento em rede elétrica imprópria e esquecer equipamento fora da rede elétrica.

COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS (Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem)

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Médico	Solicitar os exames necessários na prescrição; Comunicar ao enfermeiro sobre o pedido do exame.
2º	Enfermeiro	Verificar os exames que serão coletados; Orientar a equipe sobre a coleta e material correto; Proceder à coleta, se necessário.
3º	Auxiliar de Enfermagem	Checar os pedidos; Identificar os tubos de exames; Preparar o material para coleta.
4º	Auxiliar de Enfermagem	Comunicar ao usuário sobre a coleta; Lavar as mãos e se paramentar; Coletar as amostras de sangue, em quantidade adequada para os exames; Recolher o material utilizado e deixar o ambiente em ordem.
5º	Enfermagem	Checar a realização da coleta na prescrição médica, anotar data, hora e assinar; Avisar o enfermeiro sobre a realização da coleta.
6º	Suporte Logístico	Encaminhar os frascos ao laboratório ou Hospital de Retaguarda e protocolar; Retirar resultados de exames encaminhados anteriormente; Entregar na UPA para o enfermeiro.
7º	Enfermeiro	Solicitar resultados de exames via fax ou on line, quando sistema informatizado; Informar o resultado ao médico de plantão. Anexar os resultados no prontuário.

OBSERVAÇÃO:

Acondicionar os frascos com amostras em caixa térmica específica, identificada, para serem transportados para Hospital ou laboratório de retaguarda; a caixa deverá ser encaminhada pelo apoio logístico implantado.

PREPARO DO USUÁRIO PARA A TOMADA DE RAIOS X (Médico, Auxiliares ou
Técnicos de Enfermagem e Técnico de RX)

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Médico	Solicitar o exame na prescrição, especificando o tipo, assinar e carimbar.
2º	Enfermagem	Encaminhar o usuário com a requisição de exames para o serviço de RX.
4º	TÉCNICO DE RX	Executar o exame; Entregar a lâmina para o funcionário que está acompanhando o paciente.
5º	Enfermagem	Avisar o plantonista, quando o usuário retornar do exame; Guardar o exame e prescrição no prontuário.

OBSERVAÇÃO:

O equipamento de ECG deverá ficar na área de emergência.

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E CULTURAL
CNPJ 11.151.946/0001-75

ROTEIRO PARA AS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem)

ATIVIDADES: Reforçar a importância dos registros de enfermagem, bem como fornecer orientações gerais padronizadas para os registros.

ROTEIRO BÁSICO
Estado geral, locomoção e mobilidade, escala de dor;
Sono e repouso: qualidade do sono, quantidade de horas;
Cuidados realizados: higiene, curativos (aspecto da lesão e secreção), aspiração, punções venosas, etc. Constar o número de vezes que o cuidado foi realizado e o porquê;
Registro de exames realizados e a justificativa da não realização dos mesmos e dos cuidados não prestados;
Eliminações: cor, odor, quantidade/volume, frequência, aspecto;
Verificar aceitação da alimentação e hidratação, jejum;
Alterações, queixas no período, transferências, alta e óbito.

POP SALA DE MEDICAÇÃO/NEBULIZAÇÃO (HIPODERMIA)

Definição:

É o local destinado ao atendimento imediato do usuário que já foi consultado pelo médico, fará uso de medicação oral ou injetável, seguindo prescrição médica.

Objetivos:

Execução de atividades protocoladas visando um atendimento padrão e de qualidade para o usuário.

Executante:

Técnico de Enfermagem Procedimento:

Conferir estoque de material / medicação, solicitando reposição dos mesmos em impresso próprio ao volante;

Fazer registro no livro de ordens e ocorrências: Via de administração de medicação, NBZ, Hemoglucolest (HGT) e coleta de laboratório de acordo com o gráfico estabelecido;

O horário das refeições deverá ocorrer em sistema de rodízio, evitando deixar o setor descoberto;

Manter o setor organizado, bancadas limpas;

Arquivar, datar, identificar e arquivar receituário médico;

Atentar para os itens da prescrição. Não realizá-los em caso de dúvidas. Procurar a supervisão de enfermagem ou enfermeiro de plantão;

Após a administração da medicação o usuário, em alguns casos, necessitará retornar ao consultório médico que o atendeu inicialmente para reavaliação do seu estado geral. Assim, será dispensado ou ficará em observação na unidade em salas próprias.

POP PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

Definição:

Puncionar uma veia periférica geralmente nos MMSS, Jugulares, cefálica ou MMII.

Objetivo:

Obter acesso ao sistema venoso para administração de líquidos e medicamentos, através de cânulas específicas (jelco ou scalp).

Executante:

Enfermeiro e Técnico de enfermagem. Procedimento:

Separar todo material necessário para o procedimento como luva de procedimento, garrote, algodão ou gaze, álcool 70%, cateter específico, polifix preenchido com SF 0,9% ou água destilada, esparadrapo ou esparadrapo hipoalergênico para fixação;
Lavar as mãos antes de realizar o procedimento;

Escolher o local para puncionar como condição da veia, tipo e duração da terapia EV, idade do usuário e outros;

Garrotear o local escolhido e inspecionar a veia (firme, elástica, ingurgitada e arredondada);

Realizar assepsia do local escolhido, geralmente com álcool 70%;

Realizar a punção com a cânula escolhida;

Conectar o dispositivo intermediário e injetar a solução desejada;

Fixar o cateter de forma segura e datá-lo;

Realizar a troca do acesso venoso a cada 72 horas ou em caso de perda e sinais flogísticos.

POP SALA DE SUTURA

Definição:

Sala destinada a procedimento de sutura. Sutura é o procedimento usado para manter unido pele, músculos, vasos sanguíneos e outros tecidos do corpo devido rompimento por trauma ou cirurgia.

Objetivo:

Prestar atendimento imediato, e em local específico, a lesões corto-contusas a fim de diminuir e/ou evitar contaminação.

Executante:

Técnico de Enfermagem Volante, Buco Maxilo e Médico Plantonista. Procedimento:
Após acolhimento, registro e classificação do risco:

Receber o usuário cordialmente;

Realizar a limpeza primária do ferimento;

Comunicar o médico para que o mesmo possa avaliar;

Oferecer material apropriado e estéril ao médico; e

Realizar o curativo ao fim do procedimento.

Observação: Nos casos de urgência o usuário é encaminhado diretamente para a sala de sutura e após resolução do caso faz-se o registro do mesmo. Manter o material sempre estéril de reserva, para que o atendimento possa ser rápido e o usuário não perca o intervalo de tempo (.t) entre o horário do início da lesão e o atendimento.

POP SALA AMARELA DE OBSERVAÇÃO

Objetivos:

Cuidar de forma eficaz, realizando condutas que contribuam para melhora do quadro clínico do usuário, no menor espaço de tempo possível, até que o mesmo tenha alta ou seja transferida.

Executante:

Equipe multidisciplinar:

Médico;

Enfermeiro;

Técnico de enfermagem;

Assistente social.

Procedimentos:

Recepcionar a criança de forma cordial, acomodar no leito, realizar exames físicos e procedimentos;

Orientar os responsáveis quanto aos procedimentos prescritos a serem realizados e como a SMS poderá ajudar;

Cumprir rigorosamente a prescrição médica;

Atentar para evolução ou involução do quadro clínico;

Visualizar a criança como um todo;

Realizar registros tais como: evolução, prescrição, checagem, anotações de sinais vitais e qualquer alteração ocorrida;

Realizar controle de livro próprio, tais como: admissão, alta, transferência, diagnóstico e responsável;

Realizar checagem de check List;

Realizar ou auxiliar o responsável, nos cuidados de higiene;

Responsabilizar-se por documentos e exames a serem enviados durante transferência ou alta.

Observação:

Nos casos de altas, transferências ou óbitos o procedimento será o mesmo das sala adulto. Ressaltar a equipe de Técnicos em Enfermagem, que todo procedimento invasivo (exceto punção periférica) é privativo dos enfermeiros.

POP SALA AMARELA DE OBSERVAÇÃO (ADULTO)

Definição:

Sala composta por 10 (dez) leitos, preparada para receber usuários semicríticos, provenientes do acolhimento, classificação de risco e meios próprios, após agravamento do estado clínico, durante a avaliação médica.

Objetivos:

Prestar assistência de forma dinâmica e sistematizada até estabilização hemodinâmica, resultando em alta para residência ou transferência hospitalar, caso necessite de acompanhamento clínico exames diagnósticos e intervenções cirúrgicas.

Executante:

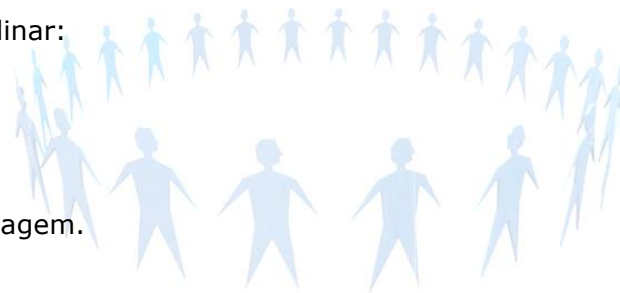
Equipe multidisciplinar:

Médico;

Enfermeiro;

Assistente Social;

Técnico de Enfermagem.



Procedimentos:

Assumir o plantão leito a leito, tomando ciência das ordens e ocorrências do setor;
Ao admitir o usuário, recolher pertences e entregar imediatamente ao familiar, pessoa responsável, acompanhante ou, nos casos que o mesmo estiver sozinho, ao serviço social, relatando no livro de ocorrências do setor;
Monitorá-lo caso seja necessário, verificar sinais vitais e evoluir em impresso próprio;
Verificar e registrar no mínimo de 6/6h os sinais vitais, independente da prescrição médica (folha de sinais vitais);
Realizar os cuidados específicos prescritos para cada usuário (folha de plano de cuidados);
Realizar PA horária em todos os usuários em uso de Nitroprussiato de sódio (Nipridi), Nitroglicerina (Tridil) e Aminas (Noradrenalina, Dobutamina e Dopamina), a enfermeira deve avaliar a necessidade do controle rigoroso da PA em casos de hipertensão;

Realizar HGT horário em todos os usuários com dripping de insulina, a enfermeira deve avaliar a necessidade do controle rigoroso da glicemia em casos de hiperglicemia;

Conferir estoque de material/medicação, solicitando a reposição dos mesmos, ao volante;

Conferir as medicações ao chegar da farmácia (principalmente antibióticos), verificar as faltas e comunicar ao médico plantonista, para que seja feita substituição;

Seguir criteriosamente a prescrição médica, atentando para os horários aprazados pelo enfermeiro;

Realizar checagem e evolução de todos os procedimentos realizados;

Manter o setor organizado, com os leitos devidamente arrumados;

Solicitar ao funcionário da rouparia, a retirada do Hamper, quando este estiver cheio;

O horário das refeições dos colaboradores deverá ocorrer em sistema de rodízio, evitando deixar o setor descoberto;

Após a alta do usuário, solicitar a limpeza terminal do mesmo, arrumando-o em seguida;

Manter monitorizados clientes instáveis;

Na alta / transferência dos usuários, entregar todos os resultados de exames (laboratório, RX, ECG);

Atentar para o preparo e administração de medicações conforme rotina estabelecida. Verificando prazos de validade dos mesmos e datando equipamentos, punções, soluções e curativos;

O técnico de enfermagem deve realizar coleta de sangue para exames laboratoriais, procedendo à identificação conforme rotina. A Punção Arterial deve ser realizada pelo enfermeiro ou pelo médico, assim como punção de jugular e cateterismo vesical;

Realizar higiene (aspersão e/ou leito) em usuários com mais de 12 horas de internação;

Fazer registro no livro de ordens e ocorrências: Nome do usuário, leito, horário e data da internação, horário de saída e destino;

Fazer conferência dos equipamentos (monitores, HGT, rede de gases e umidificadores) em relação ao funcionamento e quantidade em check list próprio.

Comunicar a falta de qualquer um desses itens para a coordenação, para que providências sejam tomadas;

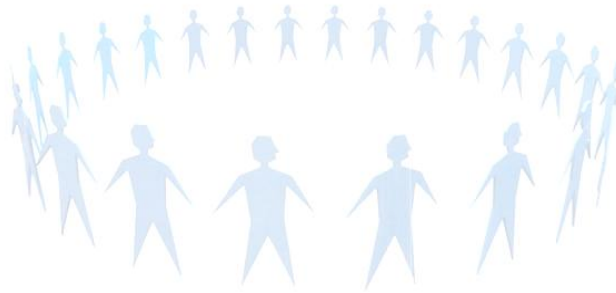
A alimentação dos usuários (conforme dieta da folha de prescrição) e de seu acompanhante deverá ser comunicada ao Serviço de nutrição em tempo hábil;

Observar secreções e providenciar cuidados higiênicos e de conforto;

Prestar ao usuário assistência de forma dinâmica até sua estabilização hemodinâmica ou transferência hospitalar, instalando totais medidas de segurança e conforto;

Preparar corpo, caso óbito;

Providenciar limpeza terminal após alta, transferência ou óbito.



POP SALA VERMELHA

Definição:

Sala composta de 02 (dois) leitos, preparada para receber usuários críticos e semi-críticos, provenientes do acolhimento, classificação de risco, sala amarela, meios próprios e ambulâncias, após agravamento do estado clínico, para estabilização (tratamento intensivo).

Objetivos:

Prestar assistência de forma dinâmica e sistematizada até estabilização hemodinâmica ou transferência hospitalar.

Executante:

Equipe multidisciplinar:

Médico

Enfermeiro

Técnico de Enfermagem.

Procedimentos:

Checar equipamentos em relação ao funcionamento carga/bateria e quantidade.

Realizar check list pré-estabelecido. (Desfibrilador, respirador, monitor, eletrocardiógrafo, laringoscópio, lâminas, âmbú, circuitos de oxigênio, vácuo e aspiração;

Inspecionar carro de Parada Cárdio Respiratória quanto a quantidade de insumos necessários e medicações. Realizar check list pré-estabelecido;

Organizar e manter 02 (dois) leitos preparados para receber usuários em PCR ou vítimas de trauma. (Ambú adaptado ao circuito de oxigênio com umidificador, laringoscópio, material para acesso venoso, prancha, material para intubação orotraqueal, material para aspiração de VAS);

Certificar-se que a monitorização continua dos sinais vitais é eficaz, ajustando o monitor (horário de verificação da pressão arterial, derivação de ECG e alarmes);

Manter registros atualizados tais como: checagem da prescrição, evolução e sinais vitais;

Atentar para visualização e identificação de alteração do quadro clínico do usuário;

Atentar para validade das soluções e infusões mantendo as mesmas devidamente identificadas;

Manter acessos venosos devidamente identificados com data, nº do jelco e profissional;

Observar secreções e providenciar cuidados higiênicos e de conforto;

Prestar ao usuário grave, assistência de forma dinâmica até sua transferência hospitalar , instalando totais medidas de seguranças e conforto;

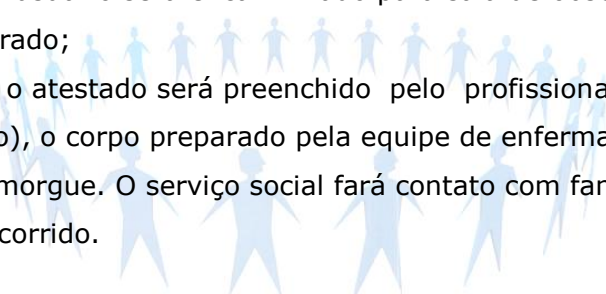
Preparar corpo, caso óbito;

Providenciar limpeza terminal após alta, transferência ou óbito;

A transferência será solicitada pelo profissional médico através do serviço social (central de regulação de vagas). Para tal avaliar: condições da ambulância, profissional de enfermagem que acompanhará na remoção, reposição de material utilizado, exames necessários e anotar no livro do setor;

Nos casos de alta, o usuário será encaminhado para sala de observação (Amarela) para depois ser liberado;

Nos casos de óbito, o atestado será preenchido pelo profissional médico (declaração de óbito), o corpo preparado pela equipe de enfermagem e encaminhado ao morgue. O serviço social fará contato com familiares e o médico comunicará o ocorrido.



POP IMPRESSO CONTROLE DA P.A. E DA GLICEMIA CAPILAR**Objetivos:**

Instrumentalizar e estimular a interdisciplinaridade dos profissionais envolvidos na atenção a saúde, para que se possa otimizar a assistência;

Obs : A possibilidade de associação das duas doenças (HÁ e DM) é da ordem de 50%, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias num mesmo usuário;

Orientar e sistematizar medidas de detecção e controle dos hipertensos e diabéticos;

Promover controle rigoroso para evitar complicações;

Proporcionar o acompanhamento da evolução do usuário;

Comunicar os cuidados aos outros profissionais.

Materiais:

Impresso Controle da P.A. e da Glicemia Capilar . Procedimentos:

A pressão arterial - PA - deverá ser aferida quando o examinador avaliar e julgar necessário;

O Impresso Controle da P.A. e da Glicemia Capilar deverá ser preenchido completamente (nome do usuário, data, carimbo, assinatura, hora da aferição);

Se necessário, a reavaliação do usuário deverá ser feita após o usuário ter sido medicado.

Observações:

É importante que se avalie sinais e sintomas sugestivos de lesão em órgãos-alvo e/ou causas secundárias de HA (para as quais um exame clínico bem conduzido pode ser decisivo – causas renovasculares, pesquisa de feocromocitoma, etc.)

Segundo o Ministério da Saúde é importante diferenciar das situações de crise hipertensiva os quadros de alterações pressóricas que ocorrem em situações de estresse emocional. Também não constituem urgências hipertensivas a elevação da pressão arterial desacompanhada de sintomas, onde um simples ajuste terapêutico poderá, nesses casos, promover o adequado controle da pressão arterial.

POP CATETERISMO NASOENTÉRICO (CNE)

Definição:

Introdução da sonda nasoentérica através do nariz e passada pelo esôfago, estômago até o trato intestinal.

Objetivo:

Inserir alimentação diretamente no intestino;
Aspirar conteúdo intestinal de forma a impedir a distensão intestinal;
Inseridas profilaticamente na noite anterior a uma cirurgia GI para prevenir obstrução no pós-operatório;

Executante: Enfermeiro Procedimentos:

Separar todo o material para realizar o procedimento como sonda nasoentérica, par de luva de procedimento, gel lubrificante (lidocaína), coletor, gaze, esparadrapo para fixação, estetoscópio e seringa;

Lavar as mãos antes de iniciar o procedimento;

Identificar o usuário no qual irá ser realizado o procedimento e explicá-lo como e porque do procedimento;

Posicionar o usuário corretamente em posição Fowler com a cabeça para frente;

Realizar a mensuração da sonda nasoentérica colocando a extremidade distal da sonda na ponta do nariz, estenda a sonda até o trago da orelha, a seguir estenda a sonda até o apêndice xifóide e depois até a crista ilíaca. Neste ponto marque a sonda;

Lubrifique a sonda e comece a inserir pela fossa nasal escolhida de forma leve e contínua até chegar na marcação efetuada anteriormente;

Confirme o posicionamento correto da sonda com realização de Rx de tórax e abdome, ausculta da área epigástrica ou aspirando resíduo gástrico;

A cada vez que for usada a sonda deve ser verificada se está na posição correta com as maneiras explicadas no item acima (exceto o Rx que deverá ser realizado apenas na primeira vez);

POP CATETERISMO NASOGÁSTRICO

Definição:

É a inserção de uma sonda plástica ou de borracha no estômago através da fossa nasal direita ou esquerda.

Objetivo:

O cateterismo, ou sondagem nasogástrica pode estar em gavagem (entrada de material no estômago) ou sifonagem (retirada de material do estomago), e pode ser realizada para diversas funções como:

Administrar medicação e alimentos;

Descomprimir o estômago e remover gás e líquidos;

Lavar o estômago e remover substâncias tóxicas ingeridas;

Tratar um obstrução;

Comprimir o local de sangramento;

Aspirar conteúdo gástrico para análise.

Executante: Enfermeiro Procedimentos:

Separar todo o material para realizar o procedimento como sonda nasogástrica, par de luva de procedimento, gel lubrificante (lidocaína), coletor, gaze, esparadrapo para fixação, estetoscópio e seringa;

Identificar o usuário no qual irá ser realizado o procedimento e explicá-lo como e porque do procedimento;

Lavar as mãos antes de iniciar o procedimento;

Posicionar o usuário corretamente em posição Fowler com a cabeça para frente;

Realizar a mensuração da sonda nasogástrica colocando a extremidade distal da sonda na ponta do nariz, estenda a sonda até o trago da orelha, a seguir estenda a sonda até o apêndice xifóide. Neste ponto marque a sonda;

Lubrifique a sonda e comece a inserir pela fossa nasal escolhida de forma leve e contínua até chegar na marcação efetuada anteriormente;

Confirme o posicionamento correto da sonda com realização de Rx de tórax e abdome, ausculta da área epigástrica ou aspirando resíduo gástrico;

A cada vez que for usada a sonda deve ser verificada se está na posição correta com as maneiras explicadas no item acima (exceto o Rx que deverá ser realizado apenas na primeira vez).

POP CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO (CVA)

Definição:

É a drenagem artificial contínua da urina, através de um cateter inseridos diretamente na bexiga do usuário de forma estéril.

Objetivos:

Drenar toda a urina do usuário em caso de retenção urinária;

Colher urina para exame, em caso de usuário com incontinência urinária e diurese em fralda;

Executante: Enfermeiro Procedimentos:

Separar todo o material necessário para o procedimento como 02 pares de luva estéril, sonda de aspiração, soluções antisépticas (degermante e tópica), gel lubrificante (lidocaína), seringa, gaze estéril, coletor de urina para exame;

Lavar as mãos antes de iniciar o procedimento;

Identificar o usuário no qual irá ser realizado o procedimento e explicá-lo como e porque do procedimento, além de posicioná-lo em decúbito dorsal;

Realizar limpeza e assepsia do local com as soluções degermantes e tópicas;

Abrir todo o material mantendo-o de forma estéril;

Colocar luva estéril;

Lubrificar a sonda de forma satisfatória (em caso de sondagem em mulher) ou injetar o gel lubrificante na uretra (em caso de sondagem masculina);

Introduzir a sonda de forma cautelosa e contínua;

Realizar a coleta da urina em coletor específico e drenar toda a urina;

Retira a sonda com cuidado.

POP CATETERISMO VESICAL DE DEMORA (CVD)

Definição:

É a drenagem artificial contínua da urina, através de um cateter inseridos diretamente na bexiga do usuário de forma estéril.

Objetivos:

Alívio da obstrução do trato intestinal;

Auxiliar com a drenagem pós-operatória, principalmente das cirurgias urológicas;

Monitorizar com exatidão o débito urinário, geralmente em usuários críticos;

Drenar a urina em usuários com disfunção neurogênica da bexiga e retenção urinária;

Prevenir o extravasamento em usuários com úlceras de decúbito em estágio III ou IV;

Executante: Enfermeiro e Médico. Procedimentos:

Separar todo o material necessário para o procedimento como 02 pares de luva estéril, sonda vesical foley, soluções antisépticas (degermante e tópica), gel lubrificante (lidocaína), seringa, água destilada, gaze estéril, coletor fechado e bandeja de cateterismo vesical;

Lavar as mãos antes de iniciar o procedimento;

Identificar o usuário no qual irá ser realizado o procedimento e explicá-lo como e porque do procedimento, além de posicioná-lo em decúbito dorsal;

Realizar limpeza e assepsia do local com as soluções degermantes e tópicas;

Abrir a bandeja de cateterismo e todo o material mantendo-os de forma estéril;

Colocar luva estéril;

Lubrificar a sonda de forma satisfatória (em caso de sondagem em mulher) ou injetar o gel lubrificante na uretra (em caso de sondagem masculina);

Introduzir a sonda de forma cautelosa e contínua;

Ao iniciar a saída da urina, insuflar o balonete com água destilada (quantidade variada de acordo com o fabricante) pelo ejetor lateral e conectar ao coletor fechado.

POP GASOMETRIA ARTERIAL**Definição:**

Consiste em coletar, de forma asséptica, uma amostra de sangue arterial em uma seringa heparinizada e levar ao laboratório para análise.

Objetivo:

Identificar a análise ácido-básico específico e o grau de compensação ocorrido no sangue arterial.

Executante:

Médico e Enfermeiro.

Procedimentos:

Separar material necessário para a coleta de sangue arterial como par luva de procedimento, algodão com álcool 70%, seringa com agulha e heparina;

Identificar o usuário e explicá-lo o procedimento (caso esteja consciente);

Coletar amostra de sangue arterial de forma asséptica;

Após coleta, pressionar o local por um tempo médio de 10 minutos;

Levar a amostra de sangue arterial para o laboratório para ser efetuado a leitura por um equipamento específico;

POP DISTRIBUIÇÃO DA MÁSCARA N95**Objetivos:**

Manter controle de distribuição das máscaras N95;

Proteção ocupacional do funcionário da unidade em caso de exposição a contaminantes por aerossóis;

Incentivo ao uso da proteção individual.

Materiais:

Planilha de controle contendo o nome completo do funcionário, data de aquisição, data de validade, assinatura do recebedor;

Máscaras N95, individualizadas;

Caixa plástica para armazenamento, localizada no almoxarifado;

Caixa do material para distribuição.

Procedimentos:

Distribuição das máscaras pelo almoxarife, em caso de contaminante por aerossóis na unidade;

Assinatura do recebedor em planilha própria;

Orientação ao funcionário sobre a data de validade da máscara (3 meses, ou, em caso de danos ao material como, respingos de material orgânico, perfurações, entre outros) e armazenamento em local limpo e seco;

Orientar ao funcionário que esta máscara é individualizada, e deve ficar em seu poder durante o período de validade da mesma;

Esclarecer ao funcionário que no almoxarifado tem disponível local para armazenamento da máscara própria, com identificação, a fim de evitar o esquecimento da mesma.

POP SALA DE ESTERILIZAÇÃO E DESINFECÇÃO

Definição:

É o processo que promove completa eliminação ou destruição de todas as formas de microrganismos presentes : vírus, bactérias, fungos, protozoários, esporos, para um aceitável nível de segurança. O processo de esterilização pode ser físico, químico, físico- químico.

Objetivos:

Prover e manter abastecida a unidade de material esterilizado, em quantidade, qualidade e em condições adequadas para o uso;

Proceder limpeza e/ou a desinfecção do material fornecido, responsabilizando por perdas e danos indevidos;

Manter o setor em ordem, com materiais armazenados e identificados corretamente;

Encaminhar material danificado ao departamento administrativo;

Solicitar orientação do enfermeiro ou coordenador sempre que houver dúvida no desenvolvimento das atividades.

Executante:

Técnico de enfermagem

Procedimentos:

Receber o material encaminhado pelos setores;

Proceder a limpeza do material conforme a rotina técnica;

Verificar o estado de conservação do material;

Encaminhar o material para área de preparo;

Registrar no livro a saída do material, hora e setor para quem foi dispensado;

Lavar as mãos e friccionar álcool glicerinado a 70% antes e após as atividades;

Fazer desinfecção das bancadas com álcool a 70% a cada turno e quando necessário usar EPI;

Executar o processo de esterilização na autoclave conforme instrução do fabricante;

Realizar teste confirmatório de funcionamento do equipamento;

Controlar o funcionamento das autoclaves registrando todos os parâmetros de cada ciclo da esterilização, verificando se o processo está dentro do padrão estabelecido;

Comunicar a gerência de enfermagem e/ou administrativa qualquer falha nos equipamentos;

Montar a carga de acordo com as orientações básicas;

Adequar o número de pacotes, tamanho à autoclave;

Evitar que o material encoste nas paredes da câmara;

Deixar espaço entre um pacote e outro para permitir a penetração do vapor;

Utilizar no máximo 85% da capacidade da autoclave;

Entre abrir a porta da autoclave ao final do ciclo de esterilização e aguardar 15 minutos para retirar o material;

Após o esfriamento dos pacotes, encaminhá-los ao arsenal;

Confeccionar os pacotes conforme a técnica do envelope;

Identificar os pacotes colocando no rótulo: Nome do pacote de acordo com a padronização, data da esterilização, validade e assinatura legível do funcionário que preparou o pacote.

Instrumentais:

Separar as pinças e pontas traumáticas e lavar separadamente, evitando acidentes;

Imergir o instrumental aberto na solução de água e detergente (conforme orientação do fabricante), para remoção dos resíduos de matéria orgânica;

Lavar o instrumental peça por peça, cuidadosamente com escova, realizando movimentos no sentido das serrilhas;

Enxaguar rigorosamente o instrumental em água corrente, abrindo e fechando as articulações;

Enxugar as peças com compressas ou pano macio e limpo, em toda sua extensão;

Avaliar a limpeza feita, revisando-o cuidadosamente;

Empacotar conforme a técnica do envelope;

Encaminhar o pacote à área de esterilização.

Macro e Micronebulizadores:

Desconectar as peças dos nebulizadores, lavando cada uma cuidadosamente com água e detergente;

Imergir todas as peças em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos no recipiente opaco e com tampa, conforme orientação da CCIH;

Retirar as peças da solução com luvas de procedimento e /ou pinça longa;

Enxaguar as peças rigorosamente com água corrente;

Secar com pano limpo e seco;

Guardar as peças montadas em recipiente tampado;

Desprezar a solução de hipoclorito, enxaguar e secar o recipiente.

Almotolias:

Esvaziar as almotolias, desprezando a solução na pia;

Lavar externamente, incluindo a tampa, com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza;

Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;

Imergir as almotolias em solução de hipoclorito sódio a 1% por 30 minutos (somente recipiente plástico);

Enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco;

Borrifar álcool à 70% e deixar secar novamente;

Guardar em recipiente com tampa ou reabastecer para uso devidamente datadas.

Umidificador de oxigênio:

Esvaziar os umidificadores, desprezando a solução na pia;

Lavar externamente, incluindo a tampa e tubo metálico com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza;

Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;

Imergir as almotolias em solução de hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos (somente recipiente plástico);

Enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco;

Friccionar álcool a 70% na parte metálica que acompanha o umidificador;

Guardar em recipiente com tampa ou reabastecer para uso.

Lâminas de laringoscópio:

Friccionar álcool a 70% na lâmina;

Limpar o cabo do laringoscópio com solução de água e detergente;

Remover com água e deixar secar. Friccionar álcool a 70% no cabo;

Montar o laringoscópio testando seu funcionamento.

Ambú:

Desmontar o ambú;

Lavar a bolsa ventilatória, a máscara e as conexões externamente com água e sabão. Evitar a penetração de água no interior da bolsa;

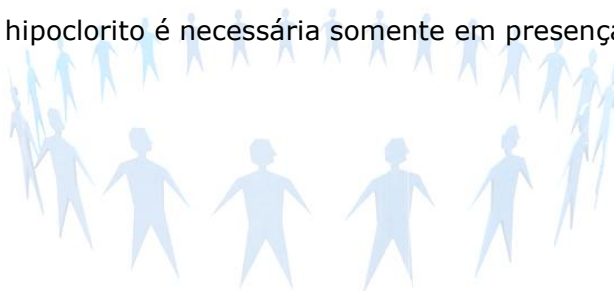
Enxaguar em água corrente e secar;

Imergir em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos;

Retirar da solução deixar secar naturalmente e guardar em recipiente tampado.

Observações:

A desinfecção com hipoclorito é necessária somente em presença de matéria orgânica.



POP SALA DE ESPURGO

Descrição do Processo: É de responsabilidade do profissional de enfermagem do expurgo:

Organizar a sala;

Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início do plantão;

Solicitar a equipe de limpeza que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;

Abastecer as salas com recipientes com tampa, contendo; água e detergente, para as salas de procedimentos e hipoclorito a 1% para a sala de inalação. Os recipientes devem ser trocados uma vez por plantão;

Lavar os materiais criteriosamente, retirando os resíduos, usando equipamentos de proteção individual (Luvas de borracha, máscara, óculos, avental e sapatos fechados), em seguida enxaguá-los em água corrente e colocá-los sobre um campo limpo;

Secar o material com pano limpo;

Observar durante a lavagem e secagem as condições de uso dos materiais e comunicar ao enfermeiro necessidade de conserto e/ ou reposição;

Manter a sala limpa, organizada e abastecida;

Realizar lavagem das caixas térmicas de coleta de material, no mesmo dia que retornar do laboratório;

Realizar contagem / pesagem de roupas que são encaminhadas e recebidas da lavanderia (profissional avo ou maqueiro).

PROTOCOLO PARA USO DO SUPORTE VENTILATÓRIO NÃO-INVASIVO

Indicações

Insuficiência Respiratória Aguda hipercápnica

agudização da DPOC

doenças neuromusculares

pós-extubação

agudização Fibrose Cística, particularmente quando com acidose respiratória (pH < 7,35) e secreção pulmonar não abundante

trauma caixa torácica com hipoxemia, apesar da analgesia e suplementação de O₂, mas não deve ser usada rotineiramente

a SMS - apesar de não existirem estudos que dêem suporte a essa indicação, em situações nas quais o tratamento clínico tiver iniciado, com o usuário bastante colaborativo e com uma equipe bem familiarizada com o método, este pode ser tentado (preferencialmente num ambiente de UTI).

Insuficiência Respiratória Aguda Hipoxêmica

edema pulmonar cardiogênico

lesão pulmonar aguda, principalmente quando já se tem hipercapnia

Desmame

retirada precoce da prótese traqueal Equipamento/Material

Ventilador de Pressão Positiva ou Gerador de Fluxo Contínuo (CPAP)

Interfaces Usuário-Ventilador: máscaras faciais e/ou nasais Técnica

Decisão de intubação oro-traqueal deve ser feita antes de iniciar a ventilação não invasiva (VNI)

Explicar técnicas e vantagens ao usuário

Escolher um ventilador que atenda às necessidades do usuário. Naqueles com resesamento de ar (por exemplo DPOC), recomenda-se uso de dois níveis de pressão

Fixar manualmente a máscara inicialmente, deixando no modo assistido. Nas primeiras 24 h, a máscara de escolha deve ser a facial

Ajustar pressão (normalmente < 25 cmH₂O de Ppico) e/ou volume corrente (normalmente 8 a 10 mL/Kg)

Quando em pressão de suporte, iniciar com IPAP geralmente de 10 a 15cmH₂O, e no caso de CPAP 10cmH₂O

Ajustar PEEP ou EPAP menor possível, buscando SaO₂ > 92% e FIO₂<60%. Na DPOC, usar de 5 a 8 cmH₂O quando não se disponibiliza da medida do auto- PEEP

Fixar a máscara confortável ao usuário, permitindo vazamentos que não comprometam a eficácia do modo ventilatório utilizado

Ajustar alarmes

Reavaliação clínica e gasométrica constante na primeira hora, sendo especialmente PaCO₂ e pH

Utilizar o maior tempo possível, principalmente nas primeiras 24 horas Falência da VNI

Considera-se como falência:

piora da condição clínica, sem alívio dos sintomas

sem melhora gasométrica, com aumento da PaCO₂ e/ou diminuição pH

necessidade de FIO₂ > 60%

desenvolvimento de novos sintomas ou complicações como pneumotórax, retenção secreção, erosão nasal

intolerância ou falência de sincronização com ventilador

deteriorização do estado de consciência

aumento da frequência respiratória

instabilidade hemodinâmica

arritmias graves

isquemia miocárdica

distensão abdominal Contraindicações Absolutas:

trauma face ou cirurgia vias aéreas superiores

instabilidade hemodinâmica e arritmias

angina instável

usuários susceptíveis a vômitos ou com importante distensão abdominal

pneumotórax não tratado

usuário muito secreto*

gestação Relativas:

usuário não cooperativo

pós-operatório trato digestivo alto

necessidade de sedação

hipoxemia importante Complicações

necrose facial

aspiração de conteúdo gástrico e distensão abdominal

hipoxemia transitória

ressecamento nasal, oral e de conjuntiva



**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA SÍNDROME DA ANGÚSTIA
RESPIRATÓRIA AGUDA (SARA) E LESÃO PULMONAR AGUDA (LPA)**

Conceito

A síndrome da angústia respiratória aguda (SARA) e a lesão pulmonar aguda (LPA) são condições de espectro e etiologia bastante heterogêneas mas que apresentam como desfecho comum um infiltrado inflamatório pulmonar com alteração da permeabilidade capilar e consequente extravasamento e acúmulo de material proteináceo nos alvéolos com formação de edema pulmonar não hidrostático.

Segundo o consenso europeu/americano adotado atualmente, seu diagnóstico caracteriza-se por:

Instalação Oxigenação RX de Tórax Pwedge

LPA	Aguda	PaO ₂ /FIO ₂ ≤ 300	Infiltrados bilaterais ≤ 18 mmHg	SARA
	Aguda	PaO ₂ /FIO ₂ ≤ 200	Infiltrados bilaterais ≤ 18 mmHg	

Pwedge = pressão de oclusão da artéria pulmonar (<= 18 mmHg e/ou ausência de sinais clínicos de insuficiência ventricular esquerda e/ou ecocardiograma que comprove a ausência de disfunção de ventrículo esquerdo).

Tratamento de SARA/LPA

Geral

Poucas terapêuticas se mostraram realmente eficazes:

identificação precoce, diagnóstico adequado e tratamento específico do(s) fator(RJ) desencadeante(s) são medidas imprescindíveis.

apesar de não haver evidências que favoreçam uma oferta de O₂(DO₂) supranormal, deve-se atentar para a manutenção de uma DO₂ adequada, com o controle sendo feito pelos níveis de PvO₂ e lactato, além da correção de fatores que causem um aumento do consumo de O₂ como febre, dessincronia usuário ventilador, por exemplo.

deve-se evitar balanços hídricos muito positivos, sendo recomendada a manutenção de uma Pwedge < 16 a 18 mmHg ou a mínima capaz de manter uma DO₂ adequada

Ventilação mecânica

Não há até o momento estudos que indiquem diferença entre ventilação controlada a volume ou a pressão. Desta maneira, optamos por usar a seguinte estratégia.

regulagem do ventilador mecânico na SARA/LPA

volume corrente: 5-8 ml/Kg,

frequência respiratória: 12-20 ipm / min

fluxo inspiratório (em volume controlado): 50-100 L/min

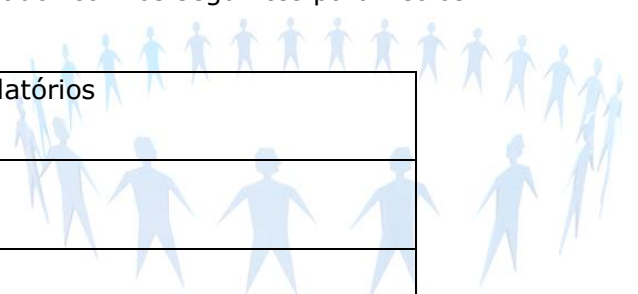
pico de pressão (em volume controlado): < 35 cmH2O

pressão de platô < 30 cmH2O

Utilizar a técnica da melhor complacência estática (Cest), elevando-se a PEEP de 2 em 2 cmH2O optando pelo último valor de PEEP antes da Cest começar a cair.

Método:

Programar o ventilador com os seguintes parâmetros:



Parâmetros ventilatórios
Vt: 4ml/Kg
FR: 10ipm
Pausa insp: 1-1,5s

Aumentar a PEEP DE 2 em 2 cm H2O

Aguardar 1 minuto em cada patamar de PEEP

Anotar a Platô no último ciclo de cada patamar durante a pausa inspiratória

Calcular a complacência estática para cada nível de PEEP

Complacência estática – Cest = $V_c / \text{Platô} - \text{PEEP}$

A PEEP correspondente à maior complacência será a PEEP ESCOLHIDA. Calcular a complacência estática para cada nível de PEEP

FiO2: Utilizar a menor para manter uma SatO2>90% com uma PaO2>70mmHg

Nos casos onde apesar da estratégia usada o usuário ainda apresentar pico de pressão acima dos valores estabelecidos, devemos trocar o modo ventilatório para pressão controlada

O usuário deve estar sob sedação contínua para se evitar esforços respiratórios, melhorar a interação usuário/ventilador e aumentar a complacência da caixa torácica. Em alguns casos especiais é necessário o uso de bloqueadores neuromusculares para conseguir uma melhor ventilação porém, o uso deve ser criterioso e pelo menor tempo possível para se evitar suas complicações (p. ex.: miopatia).

O uso de volumes correntes baixos pode acarretar um aumento da PaCO2, que deve ser mantida entre 40 e 80 mmHg e controlando que o pH seja maior que 7,2 (hipercapnia permissiva). Casos especiais podem tolerar pH mais baixo, no entanto esta técnica deve ser utilizada com cautela em coronarianos e cardiomiopatias (pelo aumento do trabalho cardíaco) e situações que predisponham a anóxia e /ou edema cerebral.

Nos casos em que os níveis de CO2 encontram-se muito elevados – devemos instalar a insuflação de gás traqueal (TGI), naqueles usuários com valores de PaCO2 > 80 mmHg ou nos casos com contraindicação relativa ao aumento da PaCO2.

casos de hipoxemia refratária – instituir a posição PRONA

O uso de corticoide está indicado no início da segunda semana, usamos a Metilprednisolona na dose de 2mg/kg, divididos em 3-4 doses/d, durante duas semanas, reduzindo para 1mg/kg na semana seguinte e para 0,5mg/kg na última semana, totalizando 4 semanas de tratamento. Devemos antes de iniciar o tratamento com corticoide afastar quadro infeccioso.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DAS BRADIARRITMIAS

Classificação

BAV de primeiro grau

Caracteriza-se pelo prolongamento do intervalo PR acima de 0,20 s;
maioria das vezes é causado por degeneração idiopática do sistema de condução.

BAV de segundo grau

Caracteriza-se pela falência de condução ventricular de um ou mais estímulos atriais;

O ritmo pode ser descrito pelo número de ondas P relacionadas a um complexo QRS (p.ex. BAV de segundo grau 3:1);

Os menores de BAV intervalos PR variáveis com progressivo aumento e retorno ao normal após estímulo bloqueado (fenômeno de Wenckebach) = TIPO MOBITZ I (os bloqueios ocorrem acima do feixe de Hiss);

de alto grau (p.ex. 3:1 ou 4:1) -TIPO MOBITZ II. Em geral o impulso conduzido tem um QRS alargado e o sítio de bloqueio é mais baixo (abaixo do nó AV). ECG caracterizado por PR constante com onda P subitamente não conduzida.

BAV de terceiro grau

Também conhecido como BAV total;

Pode ser adquirido ou congênito, sendo que o adquirido em geral ocorre por volta da sétima década, acometendo principalmente homens;

Achado eletrocardiográfico: total dissociação atrioventricular.

Apresentação Clínica

BAV de primeiro grau em geral não produz sintomas;

de segundo grau: dificilmente produzirá sintomas, entretanto pode progredir para o BAVT, principalmente nos seus graus mais avançados;

dependendo da frequência do ritmo de escape ventricular, usuários com BAV de terceiro grau podem apresentar fadiga intensa e síncope;

Achados no exame físico: variações na amplitude de pulso e ondas de grande amplitude na pulsação venosa do pescoço (ondas a em canhão – contração atrial contra valva tricúspide fechada).

Abordagem Terapêutica

Usuários com BAV de primeiro grau e Mobitz I raramente necessitam terapia específica. Deve ser sempre afastada influência de substâncias ou medicamentos que bloqueiem a condução atrioventricular que, uma vez suspensos, possam reverter o quadro. Marca-passo permanente é indicado para os BAV Mobitz II e de terceiro grau;

Abordagem inicial do usuário:

Acessar vias aéreas

Administrar oxigênio - catéter de O₂

Acesso venoso, monitorização cardíaca do ritmo, oxímetro de pulso, pressão arterial não invasiva e realizar ECG de 12 derivações;

Bradicardia importante (<60bpm) + sinais e sintomas de instabilidade

Administrar atropina 0,5 a 1,0mg V em bolus:

Reduz o bloqueio AV devido a hipervagotonia, mas não por isquemia do nó AV;

Mais útil para o BAV na presença de IAM inferior que no IAM anterior;

Não melhorará a condução infra-nodal portanto não melhorará BAV de terceiro grau;

Não é efetiva em corações transplantados

Instalar marca-passo transcutâneo, se disponível;

Dopamina IV 5 a 20µg/kg/min - para aumento da FC;

Ausência de sinais ou sintomas de instabilidade ou após a administração das medicações acima descritas, avaliar ECG:

BAV de segundo grau Mobitz II ou BAVT

SIM: Preparar usuário para marca-passo transvenoso (considerar o marca-passo transcutâneo como "ponte");

NÃO: observar Considerações finais:

BAVT como complicação de IAM inferior é geralmente temporário (no máximo até 2 semanas);

Já o BAVT decorrente do IAM anterior usualmente necessita de marca-passo permanente;

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DAS TAQUIARRITMIAS

Introdução

As taquiarritmias cardíacas ocorrem por distúrbios na formação e/ou condução do estímulo cardíaco.

Distúrbios de formação do impulso:

Alterações na automaticidade:

Normal: frequência elevada de disparos de células automáticas normais (nó AV ou sistema Hiss-Purkinje) devido à isquemia, distúrbios metabólicos ou manipulação farmacológica (p.ex. taquicardia sinusal inapropriada).

Anormal: descarga de focos latentes ou ectópicos que assumem o ritmo sob condições de isquemia ou manipulação farmacológica (p.ex. ritmo idioventricular acelerado)

Atividade deflagrada (refere-se à atividade de marca-passo de células cardíacas, dependente de oscilações no potencial de membrana):

Potenciais precoces: ocorrem antes da repolarização miocárdica – responsável pela formação das arritmias ventriculares da Síndrome do QT longo e "Torsades de pointes", provocadas por antiarrítmicos das classes I e III, descarga simpática e hipóxia

Potenciais tardios: ocorrem após a repolarização do tecido cardíaco -taquicardia atrial por atividade deflagrada e arritmias na intoxicação digitálica

Distúrbios de condução do estímulo:

O modelo clássico é o de reentrada, que constitui a maior causa de taquicardia ventricular no Ocidente. Cicatrizes ou isquemia podem produzir regiões no coração que conduzam o estímulo de maneira não homogênea, favorecendo o aparecimento de arritmias.

Abordagem geral das Taquiarritmias

Abordagem inicial do usuário: acessar vias aéreas, promover ventilação adequada, checar pulsos, acessar sinais vitais, exame físico, monitorizar ritmo e oximetria de pulso, obter acesso venoso e realizar ECG de 12 derivações;

Usuário instável clinicamente (sinais e sintomas importantes decorrentes da alta frequência cardíaca, em geral > 150bpm -hipotensão, sudorese, confusão mental, dor torácica, choque, congestão pulmonar e IAM).

Preparar para cardioversão elétrica imediata;

Deixar preparado: material de intubação e aspiração;

Pré-medicação sempre que possível - analgesia e sedação;

Em geral flutter e TPSV respondem com doses baixas: iniciar com 50J;

Atenção para a necessidade de re-sincronizar após cada choque;

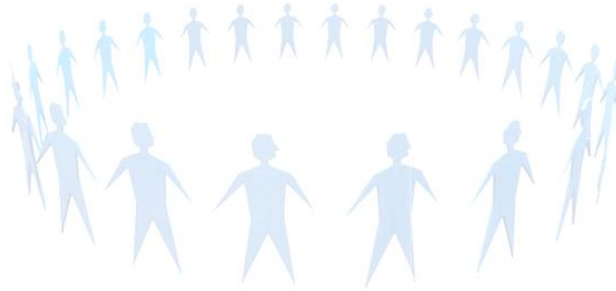
Tratar TV polimórfica como fibrilação ventricular;

Usuário clinicamente estável:

Fibrilação atrial/Flutter atrial: seguir modelos de protocolo específicos;

Taquicardia ventricular: seguir protocolo específico;

Taquicardia Supra-Ventricular com complexo QRS estreito: seguir ALGORITMO



PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA FIBRILAÇÃO ATRIAL

Introdução

Fibrilação Atrial (FA) é a arritmia sustentada mais comum, ocorrendo em 0,4% a 1,0% da população geral (Na presença de cardiopatia estrutural chega a ser 5 a 10 vezes mais frequente)

A prevalência aumenta com a idade, afetando cerca de 10% da população acima dos 80 anos;

FA crônica apresenta risco para tromboembólismo, principalmente em idosos.

Exames complementares ECG:

Atividade atrial caótica, ausência de onda P e presença de ondas de fibrilação
Frequência atrial em torno de 400 a 700bpm, com resposta ventricular em torno de 120 a 180bpm, na ausência de tratamento medicamentoso;
Ritmo ventricular irregular.

Exames solicitar conforme suspeita clínica:

enzimas cardíacas -isquemia;

dímero D / cintilografia V/Q -TEP;

hemograma -infecções associadas;

ECO -cardiomiopatia hipertrófica, pericardite;

Sangue-alterações hidroeletrólíticas (cálcio, fósforo, magnésio e potássio);

Rx de tórax -DPOC;

hormônios tireoideanos, entre outros.

Tratamento

Usuários com instabilidade hemodinâmica:

Proceder a cardioversão elétrica imediata, se duração da arritmia < 48 h.

Usuários estáveis:

Duração da FA < 48 horas, função cardíaca normal:

Cardioversão elétrica ou

Amiodarona: administrar 150 à 300mg EV em 10 min seguido de 1mg/min em 6 horas e 0,5mg/min após esse período por 18 horas completando as 24h. Manutenção VO 200 a 400mg/dia; ou

Procainamida: infusão contínua IV de 20mg/min até supressão da arritmia, aparecimento de hipotensão, aumento da duração do QRS > 50% do basal ou dose total de 17mg/kg. Em situações de emergência uma dose de 50mg/min pode ser administrada até a dose total de 17mg/Kg (evitar no QT prolongado e Torsades de pointes). ou

Quinidina -400mg VO, seguido de 200mg VO a cada hora até 5 doses. Administrar digitalico juntamente com a primeira dose.

Duração da FA < 48 horas, FEVE < 40%:

Cardioversão elétrica ou

Amiodarona IV.

Duração da FA > 48 horas ou desconhecida, função cardíaca normal ou deprimida:

NÃO proceder a cardioversão elétrica, a menos que adequadamente anticoagulado (de maneira efetiva por no mínimo de 3 semanas);

Anticoagular com warfarina VO por 3 semanas -> proceder cardioversão elétrica -> anticoagular com warfarina por mais 4 semanas; ou

Iniciar anticoagulação com heparina IV -> realizar ecocardiograma transesofágico para afastar a presença de trombos intracavitários -> realizar cardioversão elétrica dentro de 24h -> anticoagular por mais 4 semanas.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO FLUTTER ATRIAL

Introdução

É a segunda taquiarritmia atrial mais comum. Corresponde a um ritmo instável que geralmente reverte para ritmo sinusal ou fibrilação (FA) espontaneamente;

Incidência em torno de 0,4 a 1,2%, em ambiente hospitalar;

Significado clínico: geralmente relacionado à sua associação com a FA (com todos os fatores de risco para a FA) ou à sua associação com elevada resposta ventricular.

Comum a associação com outros estados patológicos, como na FA;

Classifica-se em:

Típico: o mecanismo de reentrada se dá em um sentido anti-horário dentro do átrio direito (ondas F negativas em D2, D3, AVF);

Atípico: reentrada no sentido horário (ondas F positivas em D2,,D3, AVF);

Tipo I: pode ser terminado com estímulos rápidos de marca-passo atrial (overdrive suppression) e tem frequência atrial em torno de 240 a 340 bpm, na ausência de drogas;

Tipo II: não é terminado por overdrive suppression e tem frequência atrial em torno de 340 a 430 bpm, na ausência de drogas.

Exames complementares

ECG:

Ondas em forma de "dentes de Jacaré", classicamente negativas nas derivações inferiores (típico);

Morfologia, polaridade e duração de ciclos constantes;

Ausência de linha de base isoelétrica;

Resposta ventricular pode ser irregular, devido a graus variáveis de bloqueio atrioventricular (2:1, 4:1, etc...).

Exames solicitar conforme suspeita clínica:

enzimas cardíacas -isquemia;

dímero D / cintilografia V/Q -TEP;

hemograma -infecções associadas;

ECO -cardiomiopatia hipertrófica, pericardite;

Sangue-alterações hidroeletrólíticas (cálcio, fósforo, magnésio e potássio);

Rx de tórax -DPOC;

hormônios tireoideanos, entre outros.

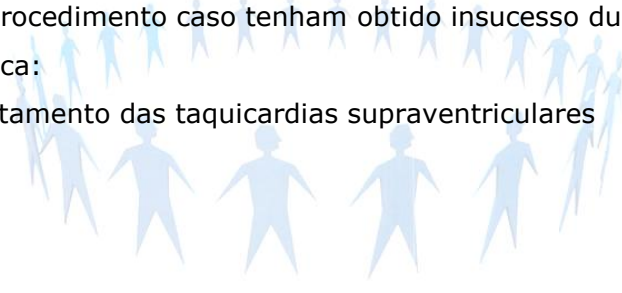
Tratamento

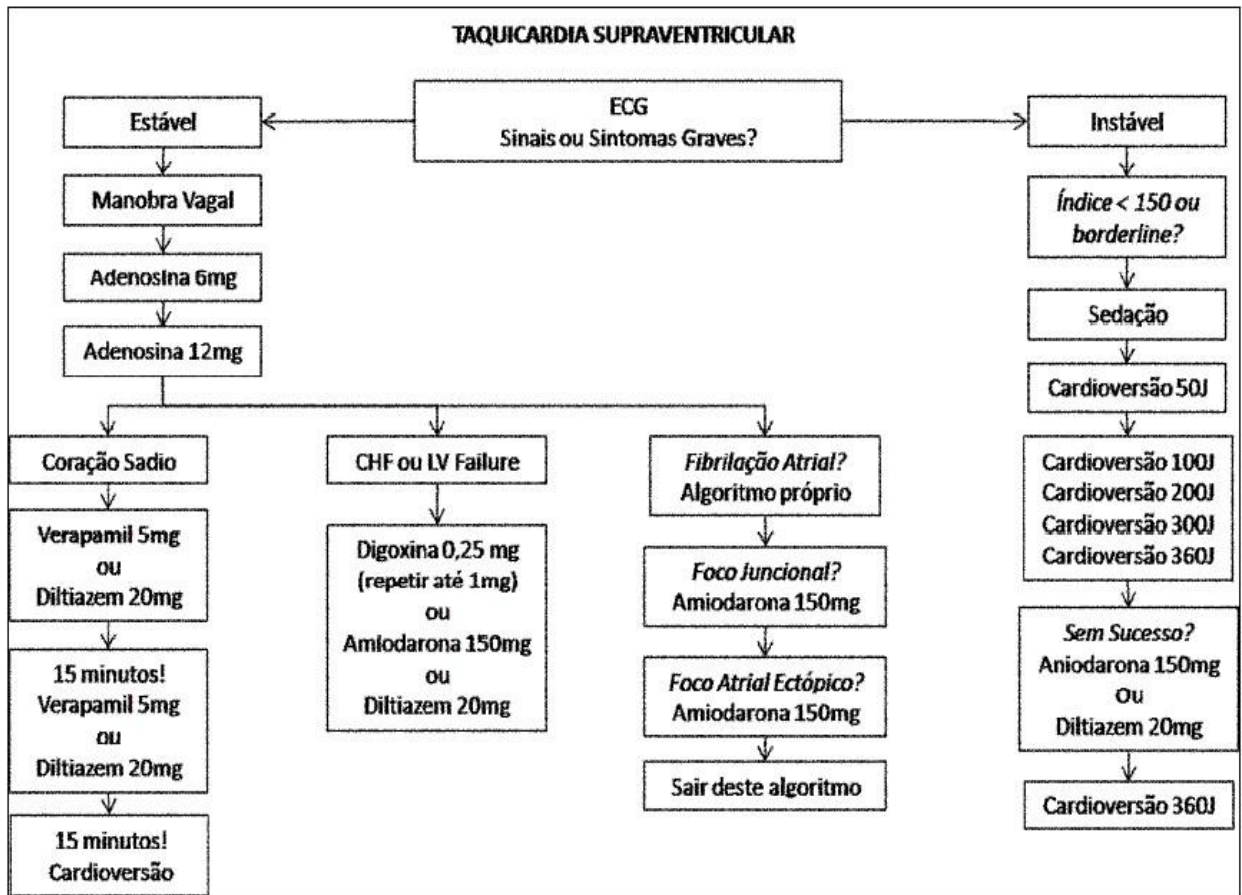
A abordagem terapêutica é muito semelhante à da FA, inclusive com relação às indicações de anticoagulação (vide protocolo de FA);

A cardioversão elétrica, entretanto, é a terapia mais efetiva e preferível para o flutter atrial. O choque deve ser iniciado com baixas correntes (50J) obtendo-se boas taxas de reversão;

Overdrive suppression deve ser considerado como primeira opção para todos os usuários com fios de marca-passo atrial epicárdicos após cirurgia cardíaca. Usuários com eletrodo esofágico ou marca-passo transvenoso também podem ser submetidos a tal procedimento caso tenham obtido insucesso durante a cardioversão elétrica:

Algoritmo para tratamento das taquicardias supraventriculares





PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA TAQUICARDIA VENTRICULAR SUSTENTADA**Introdução**

A morte súbita cardíaca se dá mais frequentemente em consequência de taquiarritmias ventriculares, chegando a quase 50% dos casos. Taquicardia ventricular sustentada é definida como taquiarritmia formada por complexos QRS de origem ventricular, numa frequência > 100 bpm e que dure mais de 30 segundos.

Apresentação clínica

A apresentação clínica pode variar e depende de alguns fatores: estado clínico do usuário, frequência cardíaca e presença de cardiopatia estrutural;

Alguns usuários podem se apresentar sem sintomas;

Outros podem se apresentar com queixas de palpitações taquicárdicas com ou sem sinais de baixo débito cardíaco, síncope e até morte súbita;

É comum a associação de doença isquêmica do coração com taquicardia ventricular na maioria das vezes tem característica polimórfica com intervalo QT normal.

Portanto, na presença de TV polimórfica desconfiar sempre de isquemia miocárdica, devendo-se investigá-la e tratá-la;

Tem como característica eletrocardiográfica uma regularidade na frequência e na aparência morfológica. Entretanto, pode se apresentar como polimórfica (p.ex.

"Torsades de pontes) e com alguns batimentos de captura e fusão.

Diagnóstico diferencial

A taquicardia ventricular deve ser diferenciada da taquicardia supraventricular com condução aberrante, bloqueio de ramo ou alterações morfológicas do QRS secundárias a alterações metabólicas (p.ex. hipercalemia) ou presença de marca-passo :

Critérios de Brugada:

Análise por passos do ECG. Em caso de positividade de UM dos critérios, trata-se de taquicardia ventricular.

Ausência de complexos RS de V1 a V6?

Intervalo entre início do R e nadir do S > 100ms em 1 derivação precordial?
Existe dissociação atrioventricular em qualquer derivação do ECG? (mais complexos QRS que ondas P)
Critérios morfológicos concordantes nas derivações V1/V2 e V3?*

Critérios morfológicos:

Tipo bloqueio de ramo esquerdo:

V1/V2 -entalhe no ramo descendente da onda S?

Início R ao nadir de S > 70ms?

Duração de R > 30ms?

V6- Padrão qR ou qS?

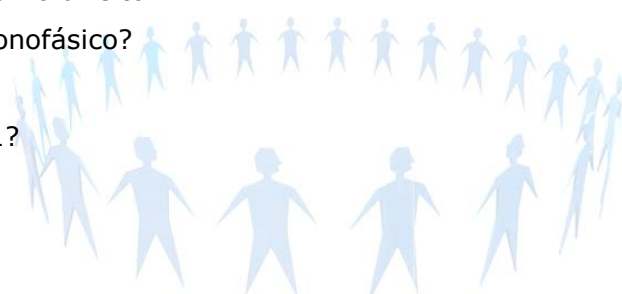
Tipo bloqueio de ramo direito:

V1/V2 -R puro/ monofásico?

Padrão qR ou RS?

V6 -Razão R/S < 1?

qS ou qR?

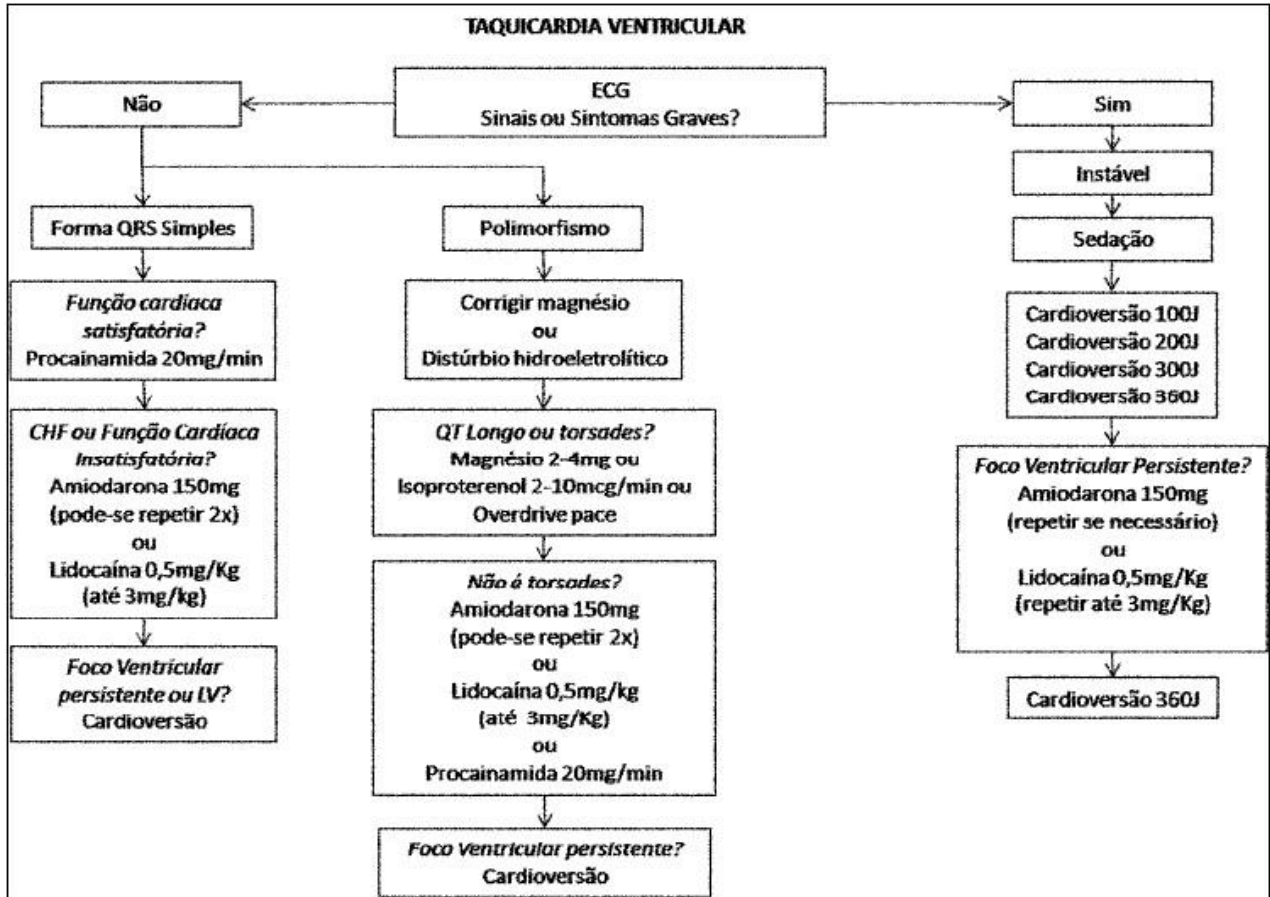


Tratamento (Seguir algoritmo)

Usuário apresenta sinais de instabilidade hemodinâmica? Proceder cardioversão elétrica imediata;

Usuário clinicamente estável: pode ser tentado inicialmente tratamento com medicamentos, de acordo com a função ventricular esquerda do usuário: Seguir algoritmo

ALGORITMO PARA TRATAMENTO DAS TAQUICARDIAS VENTRICULARES



PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE TORSADES DE POINTES**Introdução**

Corresponde a um tipo de taquicardia ventricular polimórfica associada a um intervalo QT longo;

Sua duração é tipicamente curta (menor que 20 segundos), mas pode se sustentar e rapidamente e degenerar para fibrilação ventricular;

Em geral tem uma frequência ventricular irregular > 200bpm e tem uma aparência "ondulada" os complexos QRS parecem girar sobre um eixo isoelétrico.

Etiologia

O prolongamento do intervalo QT, causa do "Torsades de pointes" pode ser congênito (Síndrome do QT longo) ou adquirido;

As formas adquiridas são, na maioria das vezes, induzidas por drogas. Entretanto, tal arritmia pode ser causada por anormalidades eletrolíticas, hipotireoidismo, eventos cerebrovasculares (hemorragia subaracnóidea), IAM ou isquemia miocárdica, dietas para emagrecimento (jejum prolongado), intoxicação por organofosforados, miocardite, ICC grave e prolapso de valva mitral; As drogas mais comumente implicadas são os antiarrítmicos da classe IA. Os antiarrítmicos classe III (sotalol e amiodarona) também estão implicados; Outras drogas: antidepressivos tricíclicos, haloperidol, antibióticos como eritromicina e outros macrolídeos, anti-histamínicos (principalmente se associados aos macrolídeos), agentes pró-cinéticos como a cisaprida; Bradicardia pode desencadear "Torsades" em usuários com QT longo;

Distúrbios hidroeletrolíticos: hipocalcemia é o distúrbio mais associado; hipomagnesemia também está implicada e em geral a arritmia é terminada pela administração de sulfato de magnésio; hipocalcemia também está implicada.

Tratamento

Usuários com arritmia sustentada ou associada com comprometimento hemodinâmico

-realizar cardioversão elétrica imediata com voltagem inicial de 50 a 100J, progredindo até 360J se necessário;

Suspensão de drogas predisponentes;

Correção dos distúrbios hidroeletrólíticos (hipocalemia, hipomagnesemia e hipocalcemia):Magnésio pode ser dado em bolus IV de 1 a 2g, com dose total de 2 a 4g administrados em um intervalo de 10 a 15 minutos

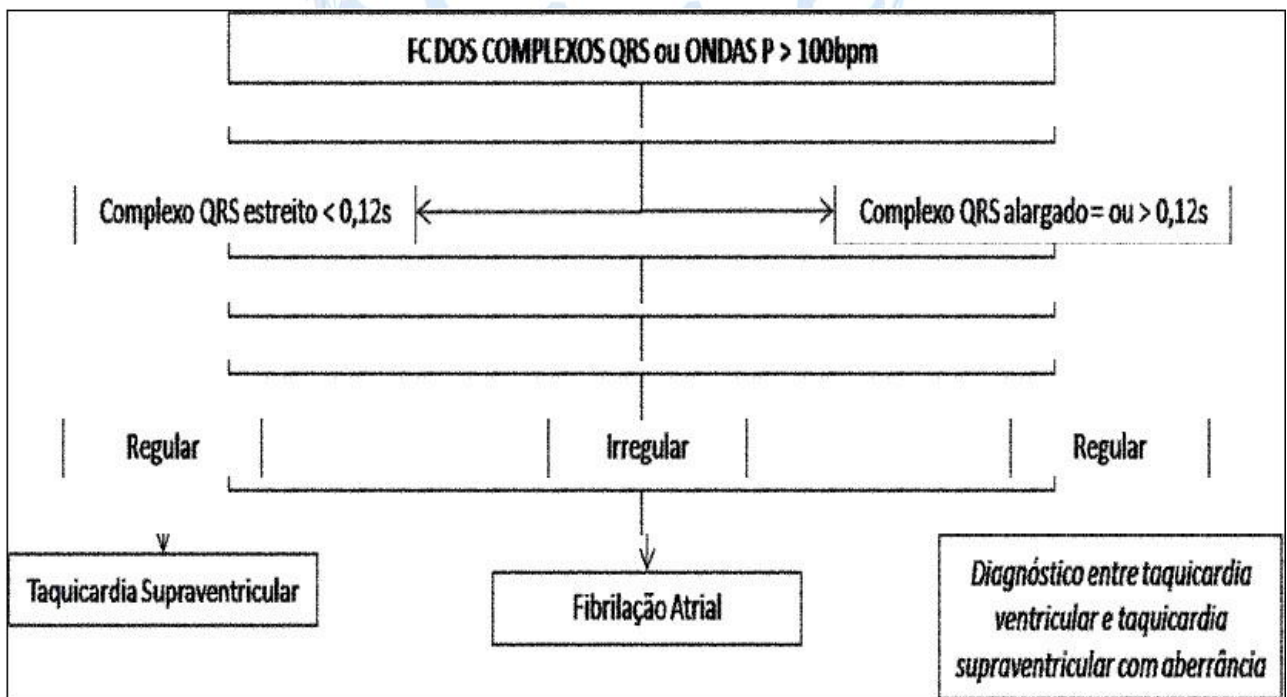
Correção de bradicardia:

Passagem de marca-passo transvenoso + overdrive suppression (aumento gradual da frequência de estimulação ventricular até término da arritmia) ou

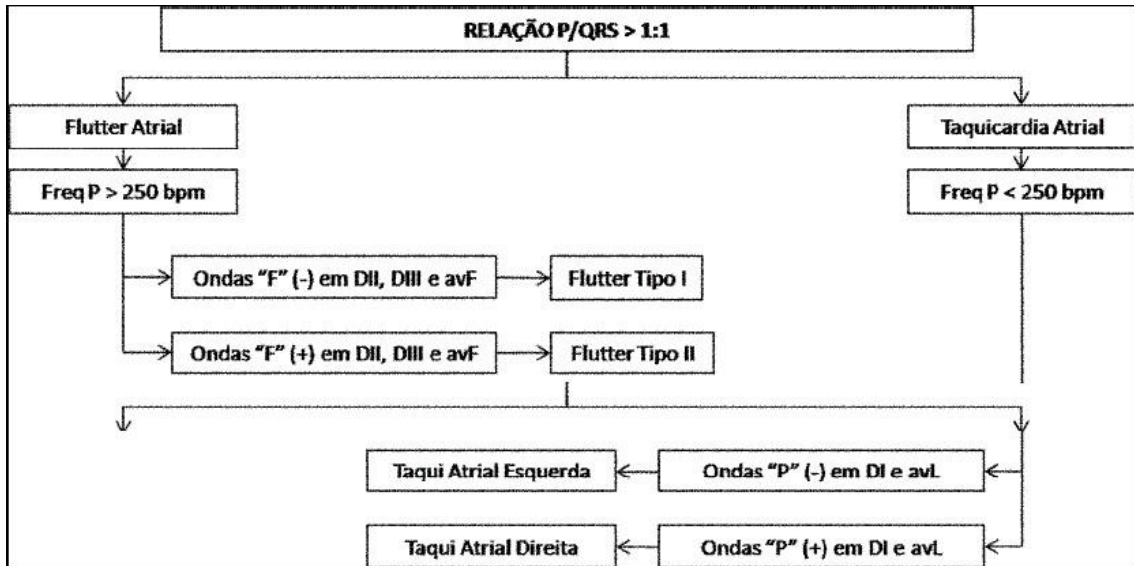
Lidocaína -pode ser uma alternativa em alguns casos. Deve ser administrada IV nas doses habituais para o tratamento da TV sustentada.

ALGORITMOS PARA TAQUIARRITMIAS

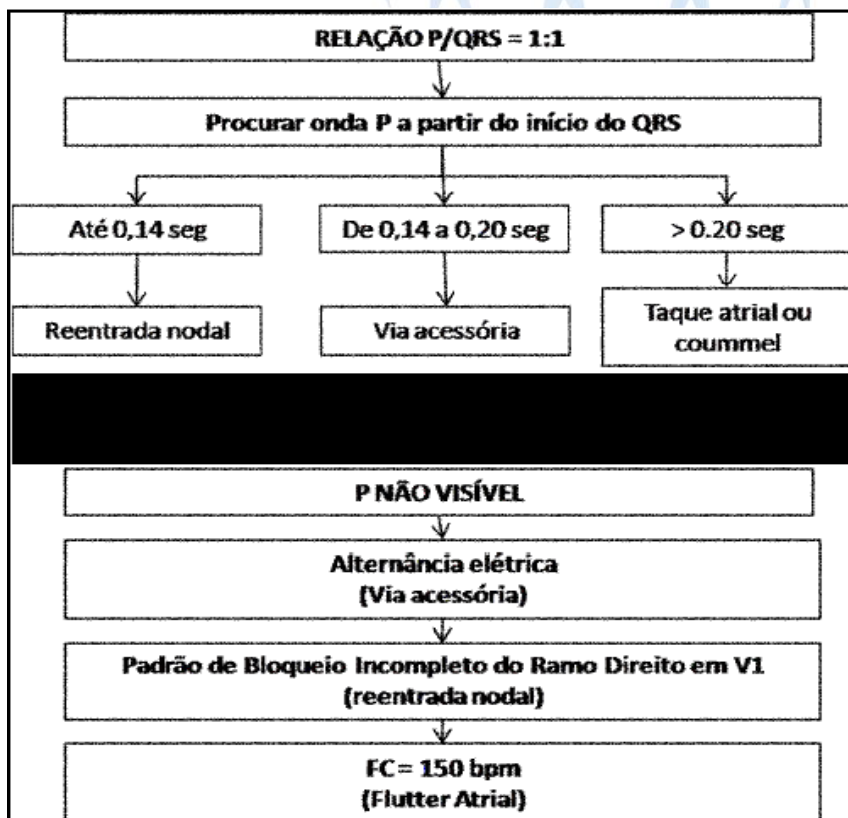
Algoritmo para o diagnóstico das taquiarritmias



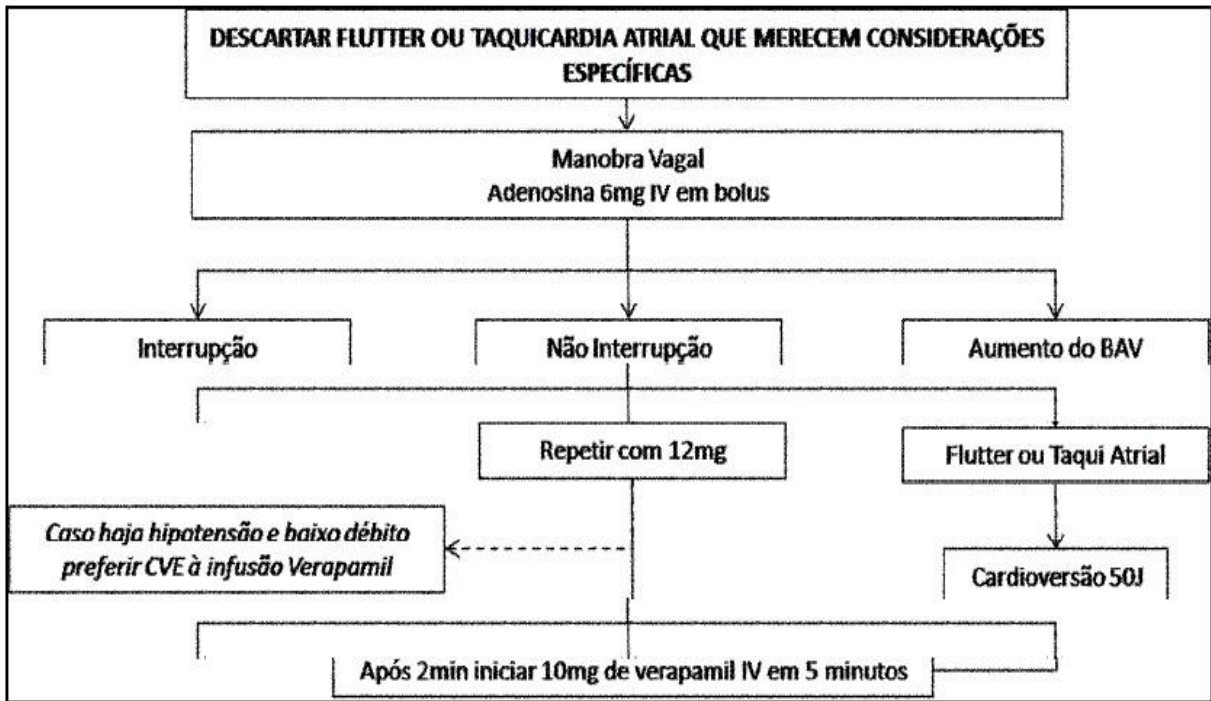
Algoritmo para o diagnóstico das taquiarritmias regulares com complexo QRS < 0,12 s



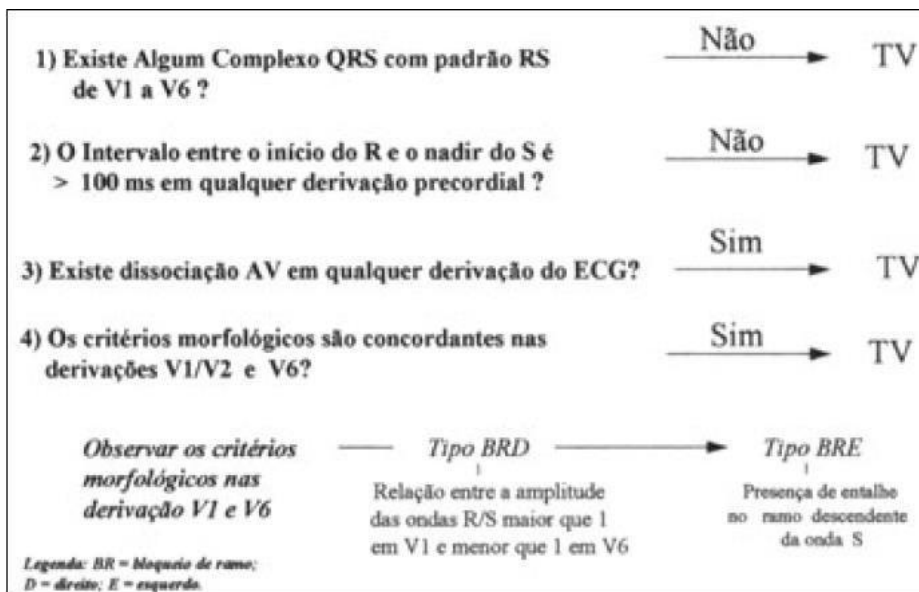
Algoritmo para o diagnóstico do mecanismo das taquiarritmias regulares com complexo QRS < 0,12 s.



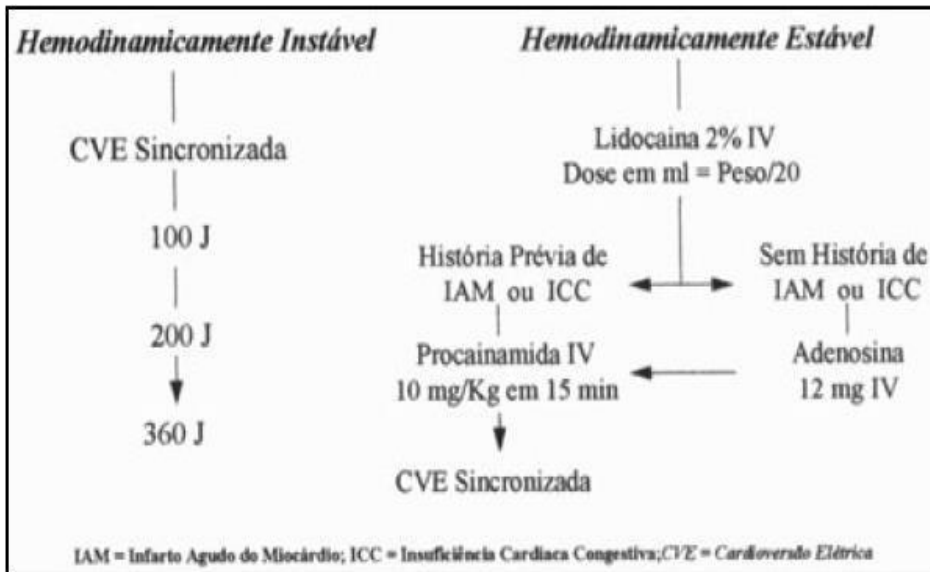
Algoritmo para o tratamento das taquicardias regulares com QRS < 0,12 s.



Algoritmo para o diagnóstico das taquicardias regulares com complexo QRS > 0,12 s



Algoritmo para o tratamento das taquicardias regulares com QRS > 0,12 s



PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA ANGINA INSTÁVEL (AI) E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO SEM SUPRADESNIVELAMENTO DE ST**Introdução**

Principal causa de internação em unidades de emergência nos Estados Unidos; Em geral resultam da rotura de placa aterosclerótica e uma sequência de eventos que levam à redução do fluxo sanguíneo coronariano e conseqüente sofrimento miocárdico.

Fazem parte de um espectro da mesma doença cuja diferenciação se faz evolutivamente, a partir da constatação de elevação sérica dos marcadores de necrose miocárdica.

Estratificação clínica de risco

Os usuários que preenchem critérios diagnósticos de AI / IAMSSST devem ser estratificados com relação ao risco de morte e IAM não fatal, com finalidades prognóstica e terapêutica (estratégias diferentes nos diferentes grupos de risco).

Alto risco (presença de pelo menos um dos seguintes):

Sintomas isquêmicos se agravando nas últimas 48h;

Dor em repouso prolongada (>20 min) e contínua;

Edema pulmonar associado à isquemia, sopro de insuficiência mitral agravado ou recente, terceira bulha, estertores, hipotensão, bradicardia ou taquicardia e/ou idade > 75 anos;

Alterações dinâmicas do segmento ST no ECG (>0,05mV), bloqueio de ramo esquerdo recente ou taquicardia ventricular sustentada;

Elevação acentuada dos marcadores de necrose miocárdica

Troponinas (TnT ou TnI > 0,1ng/ml).

Risco intermediário (qualquer um, na ausência dos critérios para alto risco):

IAM ou revascularização miocárdica prévios, doença cerebrovascular ou periférica e/ou uso prévio de AAS;

Angina em repouso (>20min), ausente na apresentação, com probabilidade alta ou moderada de doença coronariana. Angina em repouso (<20min) ou aliviada com repouso ou nitrato SL;

Idade > 70 anos;

Ondas T invertidas no ECG (>0,2mV) e/ou ondas Q patológicas;

Elevação discreta dos marcadores de necrose – troponinas
Troponinas (TnT 0,01-0,1ng/ml).

Baixo risco (qualquer um destes, sem achados de risco alto ou intermediário):
Angina de início recente, classe III ou IV (Canadian Cardiology Society), nas últimas duas semanas, sem dor prolongada (>20min) de repouso, mas com probabilidade moderada ou alta de doença coronariana;
ECG normal ou inalterado;
Marcadores de necrose miocárdica negativos.

Abordagem terapêutica

ANGINA INSTÁVEL RISCO INTERMEDIÁRIO OU ALTO E IAM SEM SUPRA DE ST:
Repouso no leito, sob monitorização contínua do ECG -detecção de isquemia e/ou arritmias;
Oxigênio sob a forma de catéter de O₂ 3l/min, na presença de hipoxemia, para manter SaO₂>90%;
Nitrato

Inicialmente usar dNitrato de isosorbida 5mg SL
Introduzir Nitroglicerina EV na sequência titulando a dose com os efeitos desejados
Sedação e analgesia

Aos usuários com dor isquêmica, refratários à terapêutica. Utilizar sulfato de morfina IV, 1 a 5mg.
Benzodiazepínicos de horário, caso não haja contraindicação;

Betabloqueadores:

Iniciar com betabloqueador EV(na ausência de contraindicações)

Utilizar metoprolol 5mg IV, sob infusão lenta (1 a 2 min), a cada 5 minutos, até completar dose máxima de 15mg ou efeitos desejados (frequência cardíaca 55 a 60bpm e/ou redução da PAS).

Iniciar atenolol 25-50mg VO a cada 12 horas, 15 minutos após a última administração IV, ou propranolol 20mg VO a cada 8 horas, titulando a dose;

Antagonistas dos canais de cálcio

(derivados não-dihidropiridínicos) devem ser administrados na presença de contraindicações ao uso dos betabloqueadores e na ausência de disfunção grave de ventrículo esquerdo. Utilizar diltiazem 60mg VO três vezes ao dia ou verapamil 80 e 120mg VO 3x ao dia;

AAS 200mg VO imediatamente e continuar indefinidamente em dose diária. Em caso de hipersensibilidade ao AAS ou intolerância gastrointestinal maior, utilizar clopidogrel, na dose de 75mg VO, diariamente (atenção: em caso de cirurgia de revascularização miocárdica programada, suspender o uso do clopidogrel 5 a 7 dias antes);

Iniciar anticoagulação com heparina de baixo peso molecular SC (ex: enoxaparina 1mg/kg a cada 12h) ou heparina não fracionada -bolus IV de 5000UI, seguido de 1000UI/h sob infusão contínua com o objetivo de manter valores de TTPA entre 1,5 a 2 vezes o controle laboratorial (50 a 70s);

Inibidores da GP IIb/IIIa

Estão indicados na ausência de contraindicações e nos usuários de alto risco. O tirofiban deve ser administrado IV na dose de 0,4mg/kg/min por 30 minutos, seguida de infusão contínua de 0,1mg/kg/min por 48h a 96h

Concomitante ao uso dos inibidores da GPIIb/IIIa, preferir a heparina não fracionada;

O abciximab só deverá ser utilizado como pré-tratamento para intervenção coronariana percutânea ou quando iniciado na sala da hemodinâmica;

Indicações de cateterismo de emergência: isquemia persistente e/ou instabilidade hemodinâmica.

A estratégia invasiva precoce (cateterismo nas primeiras 24 a 48h) deve ser considerada nos usuários com qualquer um dos indicadores de alto risco: isquemia recorrente, marcadores de necrose elevados, instabilidade clínica, taquicardia ventricular sustentada, revascularização miocárdica prévia ou angioplastia percutânea nos últimos 6 meses.

AI RISCO BAIXO:

Investigação através de testes não-invasivos desencadeadores de isquemia - não necessitam de Terapia Intensiva.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO CHOQUE CARDIOGÊNICO

Introdução

Corresponde a uma das mais graves complicações do IAM, com uma incidência aproximada de 6 a 7%;

A síndrome do choque cardiogênico é definida como incapacidade do coração em manter fluxo sanguíneo adequado aos tecidos, resultando em deficiência metabólica, mesmo em repouso, com conseqüente hipóxia tissular na presença de adequado volume intravascular;

Hemodinamicamente traduz-se por alguns parâmetros:

Pressão arterial sistólica baixa (<90mmHg ou valor 30mmHg abaixo do valor basal por um período mínimo de 30 minutos);

Diferença arteriovenosa de oxigênio elevada (>6ml/dl);

Queda do índice cardíaco (<2,2 l/min/m²).

Exames

Solicitar além da rotina laboratorial , a dosagem de lactato arterial e gasometria venosa central diariamente.

ECG diário

Ecocardiograma deve ser solicitado nas primeiras 24h do choque Tratamento

Abordagem terapêutica inicial

Monitorizar o ritmo cardíaco, oximetria de pulso, obter acesso venoso (na emergência dar preferência a um acesso periférico, devendo ser trocado por um acesso central assim que a compensação inicial seja alcançada).

Administrar O₂: manter SO₂ > 90%.

Atentar para necessidade de intubação traqueal e necessidade de ventilação mecânica.

Monitorização hemodinâmica com cateter de Swan-Ganz, se possível.

Ausência de congestão pulmonar clínica

Considerar a administração de volume - utilizar solução salina isotônica, com quantidade e velocidade de infusão de acordo com os parâmetros clínicos (ausculta pulmonar, saturação de oxigênio no sangue periférico). Avaliar as alterações no débito cardíaco no caso de monitorização hemodinâmica.

Presença de sinais e sintomas de choque

PAS < 70mmHg: Iniciar Noradrenalina em infusão IV contínua, titulando a dose, de acordo com resposta clínica.

PAS > 70 mmHg e < 90mmHg:

Dobutamina - IV contínua na dose de 5 a 20 µg/kg/min.

Ausência de sinais e sintomas de choque PAS > 90mmHg:

o Iniciar com Dobutamina na dose de 5 a 20 µg/kg/min. Presença de congestão pulmonar clínica

PAS < 70mmHg - Iniciar Noradrenalina IV, contínua, titulando a dose, de acordo com resposta clínica;

PAS > 70 e < 90mmHg - Dobutamina - IV contínua na dose de 5 a 20 µg/kg/min.

PAS > 90mmHg - Iniciar Dobutamina IV, contínua, na dose de 5 a 20 µg/kg/min

Após estabilização da pressão arterial

Avaliar início do tratamento para disfunção ventricular esquerda

Guiar o tratamento baseado nas medidas do cateter de Swan-Ganz, avaliando principalmente as variáveis respiratórias

Discutir a possibilidade de uso de Levosinmendan.

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO
(IAM) COM SUPRADESNIVELAMENTO DE ST**

O IAM é a principal causa de mortes no mundo Ocidental apesar dos avanços em seu tratamento (Unidades Coronarianas e trombólise). Atualmente apresenta taxa de mortalidade em torno de 8 a 10%;

É importante o rápido reconhecimento clínico desta entidade, com os seguintes objetivos:

Reduzir a necrose miocárdica;

Prevenir eventos cardíacos maiores (morte, IAM não fatal e necessidade de revascularizações miocárdicas de urgência);

Tratamento adequado da fibrilação ventricular - principal responsável pela mortalidade nas primeiras horas do IAM.

Diagnóstico diferencial

Pericardite (a dor se modifica com a postura, ECG com alterações difusas da repolarização ventricular);

Miocardite (início mais insidioso e geralmente associada a uma síndrome viral);

Dissecção aguda de aorta (dor muito intensa com irradiação para o dorso, assimetria de pulsos periféricos. Atenção: extensão proximal da dissecção no óstio da coronária pode levar a IAM concomitante, particularmente de parede inferior);

Tromboembolismo pulmonar (dispnéia súbita associada à dor torácica, sem evidência de congestão pulmonar);

Doenças do trato gastrointestinal (úlcera perfurada, p.ex.).

Exames Complementares ECG (critérios diagnósticos)

Supradesnivelamento do segmento ST > 1mm em duas ou mais derivações que explorem a mesma parede com infradesnivelamento do ST em parede contralateral;

Bloqueio de ramo esquerdo novo ou presumivelmente novo; Marcadores bioquímicos de Necrose Miocárdica (CK-MB ou troponina): Obs: Não se justifica as dosagens de TGO e DHL

Colher na internação e após de 6/6 horas nas primeiras 48h e diariamente até a alta da UTI.

Curva característica de elevação e descenso caracterizam o IAM; RX de tórax:

Diagnóstico diferencial (p.ex. alargamento de mediastino); Eco cardiograma:
Deverá ser realizado, preferencialmente, nas primeiras 24-48h do IAM;
Na fase aguda poderá auxiliar no diagnóstico em casos duvidosos (p.ex. BRE de início indeterminado, para avaliar alteração de contração segmentar);
Outros exames:

Bioquímica completa (função renal) e hemograma.

Tratamento

Tratamento geral imediato:

História clínica dirigida incluindo possíveis contraindicações para trombólise, sinais vitais e exame físico;

Repouso absoluto, monitorização cardíaca, acesso venoso periférico calibroso;

ECG de 12 derivações:

ECG seriados serão necessários: após término da trombólise, mudança nos sintomas ou arritmias detectadas na monitorização;

IAM inferior: realizar derivações direitas (V3R e V4R) para afastar IAM de VD e derivações dorsais (V7 e V8);

Oxigênio: administrar a todos os usuários -catéter nasal a 3l/min nas primeiras 6h. Continuar o uso em caso de hipoxemia ($SaO_2 < 90\%$);

AAS -200 a 300mg macerados VO

Nitrato -Dinitrato de isosorbida SL(5mg) ou nitroglicerina spray (0,4mg) Seguir com uso de nitroglicerina EV, salvo contraindicações (IAM de VD com hipotensão);

Morfina -1 a 3mg IV para alívio da dor e consequente diminuição.

Atenção aos efeitos colaterais (hipotensão e rebaixamento do nível de consciência);

Reperusão indicada?

dos sintomas > 20min e < 12horas

critérios diagnósticos do ECG preenchidos;

ausência de contraindicações;

impossibilidade de realização de Angioplastia primária em 90 minutos.

Trombólise:

Administrar estreptoquinase 1500000 UI, diluída em 100ml de SF0.9%, IV, em 1 hora. Em caso de hipotensão, diminuir a velocidade de infusão, adotar posição de Trendelenburg, infundir SF0.9% 500ml EV(cuidado se congestão presente) e considerar drogas vasoativas.

Indicação de cateterismo de emergência?

Contraindicação ao uso de trombolíticos ?

Instabilidade hemodinâmica ou elétrica;

Dissecção de Ao + IAM;;

Falência da terapia trombolítica (resgate).

Critérios de reperfusão após trombólise:

Redução do supra de ST >50% em relação ao ECG de entrada até 60minutos após término da trombólise;

Melhora total da dor após início da trombólise;

Pico de CKMB precoce (até 12h da primeira medida -início da infusão do trombolítico);

Arritmias de reperfusão (ritmo idioventricular acelerado, bradiarritmias com FC<55bpm e aparecimento de BAV na ausência de beta-bloqueadores);

Tratamento adjuvante:

Heparina

manter o uso de HBPM ou Heparina não fracionada para todos os usuários, salvo a presença de contraindicações:

Liquemine : 5000U 8/8h ou Enoxaparina: 40mg 1x/d. Dar preferência pelo liquemine por questões de custo.

Nos casos de infarto anterior extenso e presença de angina pós -IAM, DEVEMOS INICIAR HEPARINIZAÇÃO PLENA.

Iniciar com heparina EV contínua com controle do TTPa 3x/dia, mantendo sua relação entre 1,5-2,5x o valor normal.

Diluição da heparina: heparina 25000unidades + SF0,9% 245ml (solução: 1ml: 100 unidades).

iniciar com 1000 unidades / hora – titular de acordo com o TTPa.

Betabloqueadores

manter FC entre 55 e 60bpm. Infusão de metoprolol IV 5mg a cada 5 minutos (dose máxima de 15mg).

Em seguida qualquer dos betabloqueadores orais disponíveis pode ser utilizado, no sentido de manter a frequência cardíaca do usuário < ou = a 60 bpm

Iniciar com Atenolol 50mg VO 12/12h ou Propranolol 20mg VO 8/8h, aumentar a dose conforme necessidade.

Antagonistas dos canais de Cálcio

Utilizar Diltiazem nos usuários com contraindicação ao uso dos betabloqueadores, desde que não exista disfunção ventricular esquerda.

Iniciar com Diltiazem 30mg VO 8/8h

Inibidores da ECA

Iniciar de rotina em todos os usuários

Iniciar com Captopril 25mg VO 12/12h ou Enalapril 10mg VO 1x/dia

Proteção da mucosa gástrica

Usar ranitidina 50mg EV 12/12h

Iniciar ranitidina 300mg VO à noite, assim que possível.

Medidas de suporte clínico.

**PROTOCOLO PARA O USO DO MARCA-PASSO TRANSCUTÂNEO TEMPORÁRIO
E MARCA PASSO TRANSVENOSO**

Marca-passo Transcutâneo Indicações

Bradicardias com prejuízo hemodinâmico sem resposta à
abordagem farmacológica

BAV 2º grau MOBILZ II

BAVT Materiais

Eletrodos nas pás

Gerador de pulso

Conectores das derivações

Sedativos e Analgésicos

Suplementação de oxigênio

Oximetria de pulso

Monitor de ECG

Acesso Venoso

Material de Reanimação Técnica

Reconhecer o ritmo cardíaco e avaliar a gravidade

Preparar e informar o usuário

Acesso venoso

Administrar oxigênio

Instalar os monitores de ECG e Oximetria

Instalar os eletrodos:

anterior - à esquerda, próximo ao ictus cordis

posterior-atrás do anterior à esquerda da coluna torácica

Conectar os eletrodos ao gerador de pulso

Ajustar a frequência para 60 a 100 batimentos por minuto

Ajustar a potência entre 20 a 200 joules

Aferir a eficácia através da palpação do pulso ou da medida da pressão arterial

Sedação e Analgesia

Providenciar a instalação de marca-passo transvenoso Complicações

Contração muscular esquelética dolorosa MARCA PASSO TRANSVENOSO

Indicações

Bradiarritmias com prejuízo hemodinâmico

Bradycardia Sinusal

Bloqueio Átrio-Ventricular(BAV) do 1º grau

BAV do 2º grau

BAV Total

Bradiarritmias sem prejuízo hemodinâmico

BAV do 2º grau tipo II

BAV Total Técnica

Informe o usuário

Aplique oxigênio, monitorize a oximetria e o ECG

Lavagem cuidadosa das mãos

Paramentação Cirúrgica: gorro e máscara. Avental e luvas estéreis.

Limpeza da pele da região da punção

Assepsia com álcool iodado ou PVPI

Infiltração do sítio da punção com lidocaína a 2%

Punção da Veia -jugular interna ou subclávia

Introdução do guia metálico flexível em J

Retirada cuidadosa da agulha de punção, conservando o guia

Pequena incisão, com bisturi, na pele junto ao sítio de entrada do guia

Colocação do introdutor, através do guia, no local da incisão

Retirada cuidadosa do guia, conservando o introdutor

Colocação do eletrodo através do introdutor

Monitorização do ECG através do eletrodo até se obter a morfologia de bloqueio completo do ramo esquerdo Fixar o eletrodo

Aferir a localização do eletrodo através do Rx de Tórax

Quando o eletrodo está bem posicionado, a geração de corrente com baixa amperagem é suficiente para estimular o miocárdio.

PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DA HIPERGLICEMIA NA UT

Usuários Instáveis – em uso de drogas vasoativas em qualquer dose. Iniciar bomba de insulina em infusão contínua

Diluição : Insulina R 100 UI / Soro Fisiológico 0,9% 100 ml

>220 mg/dl - iniciar 4UI/h

150-220 mg/dl - iniciar 2UI/h

fazer dxt 1/1h até estabilização da glicemia capilar nos níveis desejados: entre 60 – 150 mg/dl

Após estabilização dos níveis glicêmicos: fazer dxt 2/2h.

Seguir o seguinte esquema quando estiver com a bomba de insulina.

>180 mg/dl - aumentar 2 UI

150-180 mg/dl - aumentar 1UI

150-120 mg/dl - manter dose

120-80 mg/dl - reduzir 2 UI

queda >50% em relação ao dextro anterior - reduzir dose em 50%

60-80 mg/dl – suspender bomba de insulina

< 60 mg/dl - suspender insulina + 20ml G50%, repetir o dextro em 1 hora.

Usuários estáveis – sem uso de drogas vasoativas: Realizar dxt 4/4h – avisar se dextro < 60 mg/dl ou seguir o protocolo se > 150 mg/dl se >150;

150-200 mg/dl: 0,1UI/kg sc repetir dxt em 2h

se mantiver o mesmo valor repetir a dose e repetir o dxt em 2h

se mantiver o mesmo valor – iniciar bomba de infusão. Conforme protocolo 1

200-250 mg/dl: 0,15 UI/kg sc repetir dxt em 2h

se mantiver o mesmo valor - iniciar bomba de infusão.

se 150-200 mg/dl : 0,1UI/kg sc repetir dxt em 2h

se mantiver o mesmo valor repetir a dose e repetir o dxt em 2h

se mantiver o mesmo valor – iniciar bomba de infusão. Conforme protocolo 1

>250 mg/dl : 0,20 UI/kg sc repetir dxt em 2h

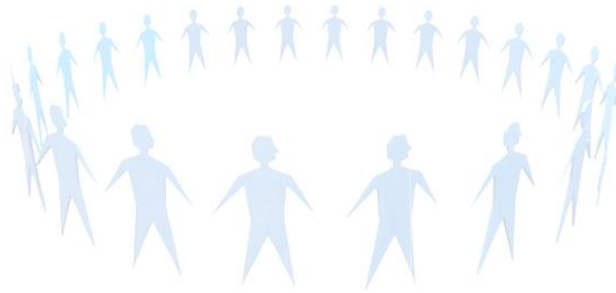
se mantiver o mesmo valor -iniciar bomba de infusão.

e 200-250 mg/dl : 0,15UI/kg sc repetir dxt em 2h

se mantiver o mesmo valor repetir a dose e repetir o dxt em 2h,se mantiver o mesmo valor – iniciar bomba de infusão. Conforme protocolo 1

se 150-200 mg/dl : 0,1UI/kg sc repetir dxt em 2h, se mantiver o mesmo valor repetir a dose e repetir o dxt em 2h, se mantiver o mesmo valor – iniciar bomba de infusão. Conforme protocolo 1

Nos casos em que o usuário já esteja recebendo insulina NPH, só devemos ligar a bomba de insulina, caso o usuário venha instabilizar, caso contrário devemos usar insulina R sc conforme o dextro e ajustar a dose de insulina NPH.



PROTOCOLO PARA USO DE CORTICÓIDE NO CHOQUE SÉPTICO

Usuários instáveis, em uso de qualquer droga vasoativa com intuito de aumentar a pressão arterial.

Introduzir: Esquema padrão

Hidrocortisona 50mg EV 8/8h manter dose por 5 dias;

Hidrocortisona 50mg EV 12/12h manter dose por 3 dias;

Hidrocortisona 50mg EV 24/24h manter dose por 3 dias;

Suspender após. ATENÇÃO:

A dose do corticoide só deve ser reduzida se o usuário estiver sem drogas vasoativas.

Caso o usuário apresente novo choque devemos retornar com a dose máxima.

GASTROENTEROLOGIA – NUTRIÇÃO

Objetivos da Terapia Nutricional: Sustentar de maneira adequada o processo metabólico desencadeado pela injúria aguda, tentando prover substratos energéticos e proteicos em quantidade e qualidade adequadas, sem criar ou acentuar os distúrbios metabólicos típicos dessa resposta.

Necessidades energéticas: 21 a 30 kcal/kg/dia

quanto mais grave, mais próximo a 21kcal/kg/dia. Quando usuário inicia a recuperação, paralela e progressivamente aumentamos as kcal diárias até 35kcal/kg/d.

Necessidades protéicas: 1 a 1,5 g/kg/dia

kcal não prot: g N* = 80 a 100:1

quanto mais grave, mais próximo a 1,5 g/kg/d e mais próximo a 80:1

A presença de IRA ou IRC agudizada não muda esta indicação.

Como calcular: $g Ni = g \text{ proteínas ofertadas} / 6,25$

kcal não proteicas = kcal total – kcal na forma de proteínas

1g proteínas = 4kcal.

Vias de administração: Sempre a prioridade será a via enteral. A via parenteral deverá ser utilizada somente quando houver contraindicação para a via enteral, ou houver intolerância à Nutrição Enteral (diarréia, gastroparesia, distensão).

Quando iniciar Terapia Nutricional (NP ou NE): O mais precoce possível, assim que os parâmetros hemodinâmicos estiverem adequados, dentro dos limites definidos como ideais pela literatura (PAM > 70, sem evidências de hipoperfusão tecidual), sem distúrbios ácido-base e eletrolíticos importantes.

Controles e monitorização:

	Diariamente	Semanalmente
Volume recebido (calorias e proteínas)	X	
Evacuações	X	
Vômitos, resíduo gástrico	X	
Glicemia	X	
Intercorrências, jejum para exames	X	
Sódio, potássio, cálcio	X	
Magnésio, fósforo		X
Triglicérides		X
Albumina *		
Balanco nitrogenado**		

Conforme rotina do serviço

Deverá ser realizado somente nos usuários em recuperação, sem evidência de inflamação ativa, para que tenha real valor enquanto parâmetro para o ajuste do aporte calórico-protéico. Do contrário, só será marcador de gravidade da resposta metabólica.

Nutrição enteral:

A fórmula de Nutrição Enteral atualmente padronizada no Hospital, é:

	Kcal/ml	% proteínas
Hiperdiet STD	1,0	16%

Sistema de Infusão padronizado:

Sistema fechado, em infusão contínua.

Horários de administração:

Os horários padronizados pela SND para infusão das dietas são:

O horário de infusão será nas 24h, logo o volume infundido deverá ser dividido neste período.

Controle do resíduo gástrico:

Indicado para todos os usuários críticos em Nutrição Enteral;

Objetivo: identificar resíduos gástricos elevados, que possam predispor à bronco aspiração.

Antes de iniciar a infusão de cada dieta, aspirar conteúdo gástrico:

se resíduo < 200ml, reinfundir o volume aspirado e administrar a dieta conforme rotina do serviço;

se resíduo > 200ml, suspender o horário da dieta e manter a sonda fechada. Rever em duas horas, se o resíduo diminuir introduzir a dieta, se não repetir o procedimento.

somente manter sonda aberta se resíduo gástrico > 500ml, se houver distensão abdominal;

Manter cabeceira elevada entre 30 e 45° sempre. Diarréia:

Definição: > 3 episódios de evacuações líquidas ou semilíquidas volumosas ao dia.

Condutas: 1. Discutir fórmula em uso com a equipe de suporte nutricional;

Diminuir temporariamente o aporte programado em 25 a 50%;

Colher exames das fezes (protoparasitológico, a fresco de fezes, coprocultura) se a diarreia persistir além de 24h apesar das medidas instituídas;
Considerar uso de fibras solúveis, 20g ao dia.

Avalie abdome à procura de outros sinais de intolerância: distensão abdominal, sinais de irritação peritoneal, resíduo gástrico elevado.

Observação: diante de 1 (UMA) evacuação líquida, mesmo que em grande quantidade, não suspender a dieta; solicitar a infusão mais lenta dos volumes, preferencialmente em bomba de infusão. Avaliar a hemodinâmica (primeiro sítio a sofrer diminuição da perfusão nos períodos iniciais de choque é o mesentérico) e o abdome do usuário (distensão, resíduo gástrico elevado, irritação peritoneal).

Orientações gerais:

Iniciar com a fórmula, com um volume de 100ml, conforme esquema abaixo:

Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 3 – D...
20ml/h	40ml/h	60ml/h	60ml/h

Indicações de dieta oligomérica: tempo prolongado de jejum, distúrbio absorção, fístula bilio-pancreática, pancreatite aguda, intolerância à dieta polimérica.

Sempre discutir a conduta do dia com rotina da unidade. Para que os objetivos nutricionais sejam cumpridos, é imprescindível a participação de todos os profissionais envolvidos.

A sonda preferencialmente deve ser a de "Dubohoff", e não a de Levine ("nasogástrica").

Considere que toda sonda está em posição gástrica, exigindo os cuidados necessários para evitar regurgitação e bronco aspiração: manter sempre cabeceira elevada, verificar resíduo gástrico rotineiramente, evitar manobras de fisioterapia durante e logo após a infusão da dieta.

Atenção à fixação da sonda: evite ocorrência de necrose de asa do nariz, fixando a sonda sem estrangulá-la.

Usuários em Insuficiência Renal Aguda ou Crônica Agudizada não são candidatos à restrição proteica oferecidas pelas fórmulas desenhadas para "insuficiência renal crônica", que visam os usuários crônicos, não hipermetabólicos.

Usuários com hepatopatia crônica só devem ser submetidos à restrição proteica se estiverem em encefalopatia.

Usuários instáveis não devem receber Terapia Nutricional, especialmente a enteral, pelo risco de aumentar o dano isquêmico à mucosa intestinal hipoperfundida. Lembrar de suspender a prescrição diante de um novo choque não compensado.

Nutrição Parenteral:

As fórmulas de Nutrição Parenteral atualmente padronizadas no Hospital são fornecidas por serviço terceirizado (Labase.), que disponibiliza 09 formulações para diferentes situações clínicas. Dentre elas, as que mais se enquadram para prescrição para usuários graves, tendo em vistas as recomendações da literatura, estão descritas abaixo, de forma prática e objetiva.

	NP03*	NPO2*
Glicose (g)	220	220
Aminoácidos (g)	40	40
Lipídeos (g)	40	20
Kcal totais	1148	948
Kcal não prot : gNi	179:1	148:1
Volume (ml)	1100	1000

(conteúdo de 1 bolsa) Indicações:

Quando a via enteral não puder ser utilizada (contra-indicações formais para o uso do trato gastrointestinal), ou não estiver tolerante à infusão plena das necessidades energético-proteicas definidas (distensão, diarreia, gastroparesia).

Vias de infusão: Acesso periférico:

Tem uso restrito no usuário grave, pois o edema que acompanha os estados críticos dificulta a manutenção de um acesso periférico, e além disso, o conteúdo energético proteico dessas fórmulas, que não devem ter mais que 900mOsm, não atende às demandas metabólicas do usuário grave. Sua indicação deve ser avaliada à luz desses dois fatores limitantes. Opção para ser utilizada em associação à Nutrição Enteral em casos selecionados.

Vias de infusão: Acesso central:

O mais frequentemente utilizado. Por ter a extremidade distal localizada na veia cava, uma veia calibrosa e de alto fluxo, permite infusão de soluções hipertônicas contendo as necessidades adequadas de macro nutrientes, com riscos de lesão endotelial e trombose venosa minimizados. Nos cateteres de dupla via, infundir pela via distal preferencialmente.

Complicações principais:

Relacionadas ao procedimento de punção venosa central: Hemo/pneumotórax, punção arterial, lesão ducto torácico/quilotórax, entre outros.

Relacionadas à permanência do cateter: infecção relacionada a cateter, trombose/síndrome da veia cava superior.

Relacionados ao TGI: colecistite alitiásica, esteatose hepática, atrofia da mucosa intestinal com comprometimento da barreira intestinal, translocação bacteriana.

Orientações gerais:

No primeiro dia, iniciar com metade da dose planejada (ou seja, 1 "bolsa");

No segundo dia, conforme tolerância (níveis glicêmicos) e estado hemodinâmico, progredir para "2 bolsas";

Suplementação de Vitamina K, 5mg, 2x por semana, preferencialmente intramuscular se não houver coagulopatia/plaquetopenia.

Ao definir a fórmula a ser utilizada, leve em consideração o peso do usuário, os níveis glicêmicos, e a taxa máxima de oxidação da glicose (TMOG), que é 5mg/kg/min. Para determinar a VIG (Velocidade de Infusão de Glicose, que não deve ser maior que a TMOG), dividir o conteúdo de glicose da solução em mg pelo peso do usuário, por 24 (período de infusão), por 60 (min).

Se usuário evolui com hiperglicemia de difícil controle, avaliar redução temporária do aporte calórico (se infusão de glicose ultrapassar 50ml/h)

É obrigatório o uso de via exclusiva para infusão da Nutrição Parenteral.

É contraindicado o uso de "torneirinhas" na via de administração da Nutrição Parenteral.

Valem as mesmas regras já estabelecidas nas Unidades para passagem de cateter central quanto ao rigor asséptico e necessidade de paramentação cirúrgica.

O acesso deve ser definido julgando os riscos envolvidos, e a experiência pessoal do profissional. Embora o acesso pela v. subclávia resulte em menor risco de complicações infecciosas, pode não ser o acesso adequado em situações de coagulopatia, ou de inexperiência do operador.

Avaliar diariamente a inserção do intracath à procura de sinais de infecção.

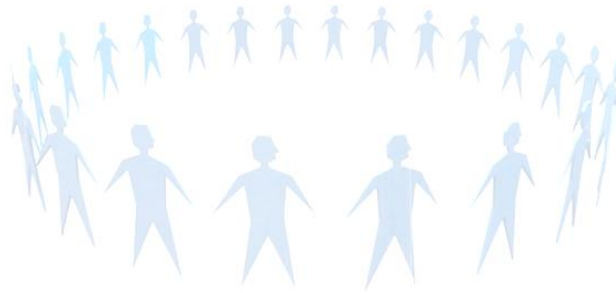
Lembre-se sempre de tentar utilizar a via enteral assim que for possível, não perdendo a oportunidade de colocar isto em discussão.

Não é adequado interromper a infusão da NP; o ideal é que a bolsa acompanhe o usuário nos exames e cirurgias. Quando isto não for possível, garanta que haja aporte adequado de glicose, para evitar hipoglicemia. Mantenha sempre SG 10%, 40ml/h, nessas ocasiões.

O "deSMSme" da Nutrição Parenteral deve ser avaliado individualmente. Como regra geral, podemos estabelecer que no momento em que 50% das necessidades energético-proteicas tiverem sido supridas satisfatoriamente pela via enteral, podemos então diminuir o aporte parenteral para "1 bolsa". Quando o próximo

aumento da Nutrição enteral seja para atingir 100%, suspenderemos a Nutrição Parenteral.

Eventualmente, alguns usuários necessitarão fórmula individualizada. Esses casos deverão ser avaliados e discutidos com a coordenação.



PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA

Definição

Disfunção do sistema nervoso central, potencialmente reversível, devida a insuficiência hepática que pode instalar-se nas falências agudas ou crônicas.

Fisiopatologia

Substâncias nitrogenadas provenientes do intestino, atuam de modo adverso nas funções cerebrais. Estes componentes que chegam a circulação sistêmica como resultado de diminuição da função hepática ou "shunts" porto sistêmicos, ao atingirem o cérebro modificam os neurotransmissores, responsáveis pela consciência e comportamento.

A amônia, principal substância relacionada à patogênese da encefalopatia hepática, é liberada por rins e músculos, alcançando níveis maiores na veia porta. Em hepatites agudas fulminantes, níveis de amônia sérica maiores que 200mcg/dL tem sido associadas a risco elevado de herniação cerebral. Não há correlação entre a amônia sérica e o nível de consciência, porém a amonemia se correlaciona bem com o nível de amônia no liquor.

Diagnóstico Diferencial

Desordens metabólicos

Infecções

Doenças vasculares cerebrais

Lesões cerebrais com efeito de massa

Exames diagnósticos

Eletroencefalograma

Imagem – RX de tórax e USG de fígado e vias biliares

Punção lombar (quando a sintomatologia sugere irritação meníngea)

Amonemia (útil na avaliação inicial se existe dúvida quanto a presença

Realizar paracentese abdominal para afastar PBE

Tratamento

Dieta hipoprotéica 0,8-1,0g kg/dia

Observação rigorosa do nível de consciência para indicação da dieta enteral

Lactulona 20-50ml 3-6x/dia para apresentar de 3-4 evacuações ao dia

Infeções (peritonite espontânea, pneumonia) devem ser tratadas sempre que presentes. Iniciar ceftriaxone 2g 24/24h

O uso de enemas pode ser realizado em fases iniciais do quadro principalmente quando a descompensação estiver relacionada com quadro de hemorragia digestiva.

O uso de neomicina 2-4g/d e/ou metronidazol 500mg 2x/d, deve ser iniciada nos usuários que não responderam a terapêutica inicial.

Suplementação de Zinco

Considerar o uso de aminoácidos de cadeia ramificada no hepatopata crônico que aumenta a tolerância a proteína

Evitar o uso de benzodiazepínicos

Correção dos distúrbios hidroeletrólíticos

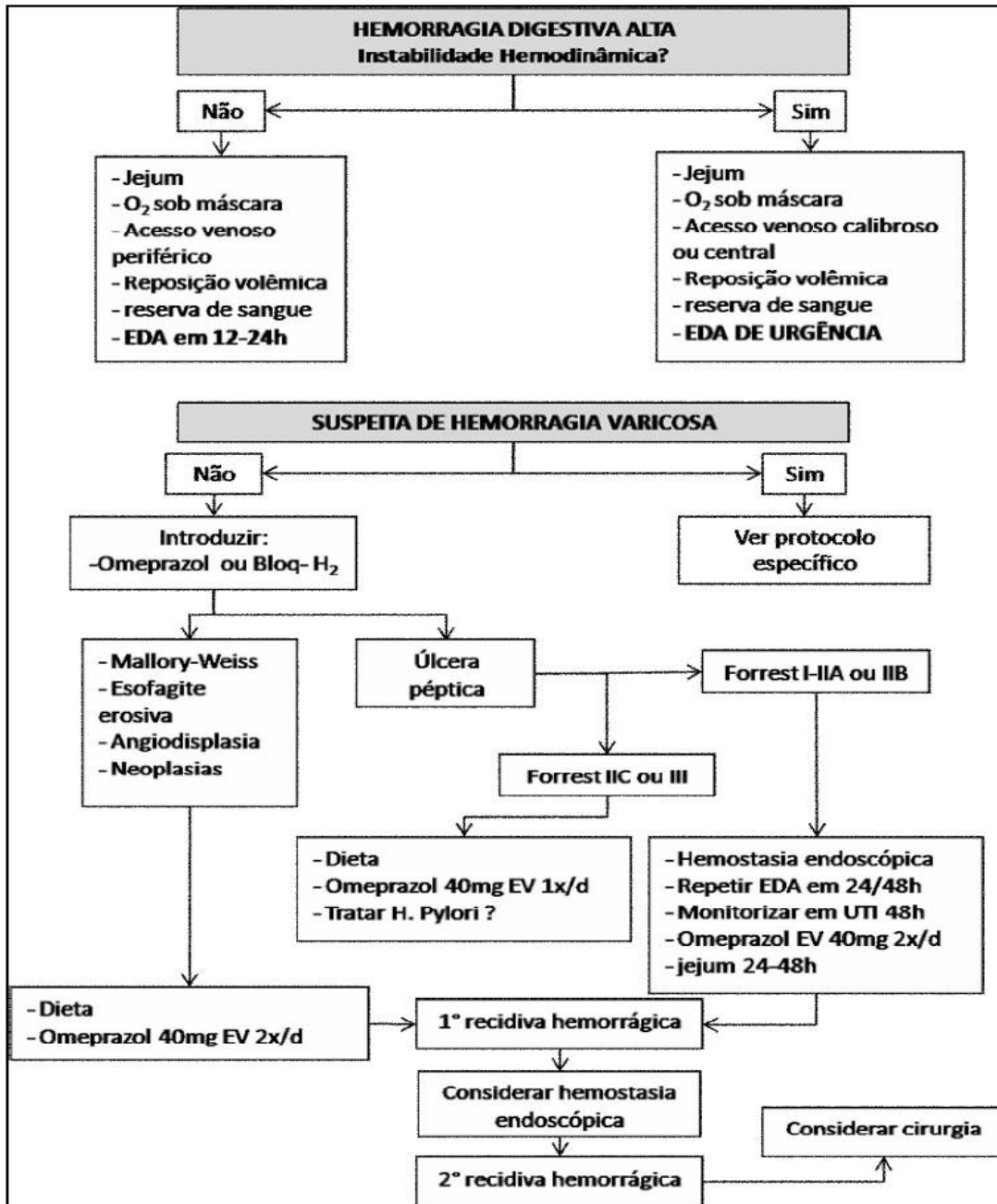
O uso da albumina está indicado quando, albumina sérica < 2,0g/dl

Se apresentar distúrbio da coagulação repor pelo mesmo fresco 15-20ml/kg.

O uso da vitamina K deve ser realizado nos casos de alteração importante da atividade da protrombina.

Observação rigorosa do nível de consciência. IOT se necessário.

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NÃO-VARICOSA



Classificação de Forrest		Prevalência	Recidiva hemorrágica
IA	Sangramento em Jato	18%	55% (17%-100%)
IB	Sangramento em babação		

Classificação de Forrest		Prevalência	Recidiva hemorrágica
IIA	Vaso visível	17%	43%(0%-81%)
IIB	Coágulo aderido		22%(14%-36%)
IIC	Lesão pigmentada plana	20%	10%(0%-13%)
III	Base limpa	42%	5%(0%-10%)

PROTOCOLO PARA O USO DA HEPARINA

Esquema de anticoagulação venosa:

-solução:

Heparina 25000UI + SF 0,9% 245ml = 1ml: 100UI

Dose inicial -----80UI/Kg em bolus e 18UI/Kg/h

TTPA <35' (< 1,2x controle)-----80UI/Kg em bolus e aumentar 4UI/Kg/h

TTPA 35-45' (1,2-1,5x controle)-----40UI/Kg em bolus e aumentar 2UI/Kg/h

TTPA 46-70' (1,5-2,3x controle)-----manter!

TTPA 71-90' (2,3-3,0x controle)-----reduzir 2UI/Kg/h

TTPA >90' (>3,0x controle)-----suspender infusão por 1h e após,
reduzir 3UI/Kg/h

**Redraw from: Raschke, RA; Reilly, BM; Guidry, JR, et al. Ann Intern Med 1993;
119- 874.

ATENÇÃO: Realizar dosagem do TTPa DE 6/6h enquanto estiver com heparinização por via IV

Esquema de anticoagulação subcutânea:

-enoxaparina: 1mg/kg 2x/dia

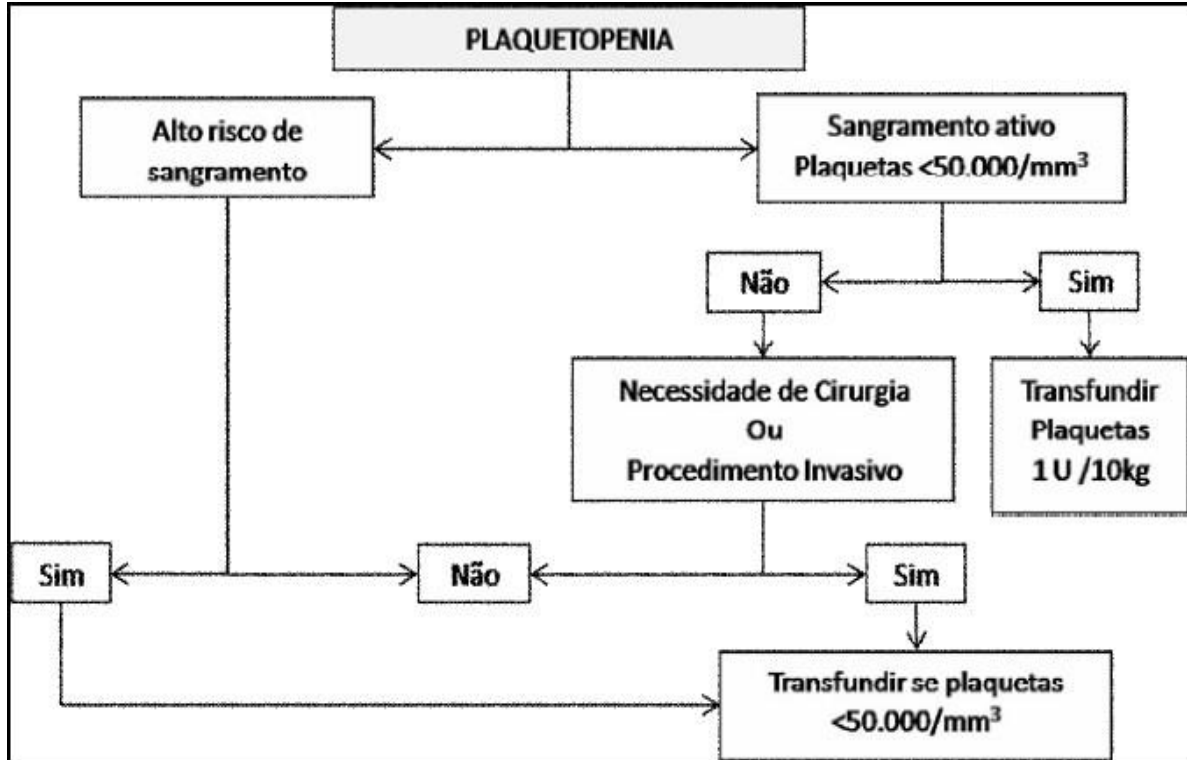
ATENÇÃO: Não é necessário o controle com o TTPa

Esquema de anticoagulação para profilaxia para TVP/TEP subcutânea:

Liquemine: 5000UI 8/8h

enoxaparina: 40mg 1x/dia. Usar 20mg nos usuários com Insuf. Renal.

PROTOCOLO PARA USO DE PLAQUETAS



PROTOCOLO DE SEDAÇÃO

Indicações

A agitação e a dor são comuns no usuário grave. A resposta á agressão aguda causa uma tremenda resposta neuro hormonal com elevação das catecolaminas, cortisol, glicose, ADH e proteínas de fase aguda e consequente taquicardia, hipertensão, aumento do consumo de O₂, retenção hídrica e comprometimento da resposta imune. Os objetivos primordiais da sedação e analgesia são aliviar a ansiedade e a dor e atenuar a resposta ao estresse. O uso apropriado das drogas envolvidas requer um entendimento completo das indicações, metabolismo e efeitos colaterais e técnicas de monitorização.

Os sedativos são geralmente necessários como adjuntos no tratamento da ansiedade e agitação e ainda para facilitar a ventilação mecânica, produzir relaxamento muscular e sono.

Agentes

Opióides: Os opióides produzem analgesia ao mesmo tempo que são fundamentais na estratégia terapêutica que busca a sedação consciente, não produzem amnésia e são associados à vários efeitos colaterais.

Benzodiazepínicos: Fármacos de uso rotineiro em UTIs. Produzem sedação, ansiólise e amnésia anterógrada além de terem efeito anticonvulsivante. Os benzodiazepínicos diferem entre si por suas características farmacodinâmicas e farmacocinéticas. São antagonizados pelo flumazenil, entretanto seu uso rotineiro após administração por tempo prolongado, pode precipitar síndrome de retirada.

Barbitúricos: Tem efeitos no Sistema Nervoso Central, coração e pulmões que são semelhantes qualitativamente aos benzodiazepínicos, mas tem maior magnitude.

Propofol: Agente anestésico geral intravenoso que em doses mais reduzidas é sedativo potente com ação amnésica mínima. Possui ação anticonvulsivante, embora mioclonias tenham sido observadas. Seu uso deve ser pensado quando

existe possibilidade da necessidade de sedação por pouco tempo ou quando existe a necessidade da associação de uma terceira droga.

Butirofenonas: As butirofenonas, haloperidol e droperidol, estão indicados no tratamento da agitação e delírio.

Alfa Agonistas Centrais: A clonidina tem sido empregada no tratamento da síndrome de abstinência alcoólica na UTI. A dexmedetomidina, agonista alfa 2 adrenérgico com uma relação alfa1: alfa 2 mais de setes vezes a da clonidina, foi recentemente aprovado para uso por até 24 horas. É sedativo, hipnótico, ansiolítico e analgésico reduzindo a atividade simpática. Não produz depressão respiratória significativa e o usuário desperta rapidamente atendendo ordens com facilidade. Pode facilitar a intubação traqueal, e procedimentos para os quais normalmente é necessária sedação consciente. Seu papel como agente sedativo em usuários graves ainda requer maiores estudos.

Fármacos utilizados

Fentanila:

Farmacocinética:

Início de ação < 1 min após injeção intravenosa. Duração de ação: 30 a 60 min.

Eliminação hepática.

Posologia:

25 a 100 mcg. (0,7 a 2mcg/kg) EV ou 50 a 500 mcg/h EV contínua.

Efeitos adversos: Miose, Bradicardia (vagal), Rigidez muscular, Rápido desenvolvimento de tolerância. Depressão respiratória, Náuseas, vômitos, íleo, espasmo vias biliares, retenção urinária, Efeito prolongado em cirrose, Associação com diazepínicos aumenta o risco de depressão cardiorespiratória

Diazepam:

Farmacocinética: Rápido início de ação, eliminação prolongada, metabolismo hepático

Posologia: Sedação consciente, 1 a 10 mg (0,2 a 0,3 mg.kg⁻¹) EV, repetidas conforme necessário. Tétano: doses maiores de 2 a 20 mg a cada 1 a 8 horas.

Efeitos Adversos: Depressão respiratória, confusão, excitação paradoxal, após administração prolongada, a recuperação pode tomar vários dias. Tromboflebite, dor à injeção.

Midazolam:

Farmacocinética: Início de ação: 1 a 3 min. Duração: 1 a 4 horas. Metabolismo hepático.

Posologia: 0,03 a 0,3 mg.kg⁻¹ EV em "bolus" seguida de 0,012 a 0,6 mg.kg/h EV contínuo.

Efeitos Adversos: Efeitos hemodinâmicos discretos. Hipotensão arterial em idosos. Depressão respiratória, sobretudo se associado a opióides. Metabolismo prejudicado em insuficiência hepática ou renal. Interrupção da administração associada a manifestações de abstinência

Propofol:

Farmacocinética: início de ação 40 segundos. Duração 2 a 4 min, 180 a 720 min. Metabolismo hepático. Posologia: Sedação intravenosa 0,3 a 3 mg/kg/h

Efeitos Adversos: Dor ao início da injeção em veia superficial. Depressão cardiovascular e respiratória.

Recomenda-se redução progressiva da velocidade de infusão para evitar despertar brusco.

Em sedação para ventilação artificial, geralmente usado associado a opióides Haloperidol

Farmacocinética: Início de ação: parenteral, até 30 min; oral, até 2 horas. Pico de ação: parenteral, até 45 min; oral, até 4 horas. Duração da ação: até 38 horas.

Posologia: 0,5 a 10 mg IM ou EV (agitação leve a intensa); manutenção, 2 a 10mg 2 a 8 horas.

Via oral 0,5 a 2 mg a cada 8 ou 12 horas (em crianças, apresentação líquida 0,05 a 0,15 mg/kg ao dia).

Efeitos Adversos: Taquicardia, hipotensão ou hipertensão arterial. Laringo espasmo, bronco-espasmo. Potencializa ação depressora de sedativos e opióides. Reações extrapiramidais. Risco de efeitos adversos maior em idosos. Síndrome neurolépticomaligno

Indicado no tratamento da agitação e delírio.

Dexmedetomidina

Farmacocinética: Início de ação até 6 minutos Meia vida de eliminação 2 horas

Posologia: 1µg/Kg em 10 a 20 minutos EV seguido de 0,2 a 0,7 µg/Kg/h EV contínuo

Efeitos Adversos: Bradicardia e hipotensão especialmente na presença de hipovolemia e tônus adrenérgico exacerbado.

Rotina de sedação para intubação

A) Sedação:

1 - Fentanil (50mcg/ml) – dose 0,5-1ml/10kg EV em bolus lentamente 2 - Etomidato (2mg/ml) – dose 0,3-0,4mg/kg EV em bolus lentamente 3 - Quelicin (100mg) – dose 1-1,5 mg/kg EV em bolus lentamente

B) TOT:

Homens: 8 – 8,5 – 9

Mulheres : 8 – 8,5

Rotina de sedação contínua Plano terapêutico

Analgesia Efetiva, Controle de causas clínicas reversíveis de agitação (hipoxemia, hipoglicemia, hipotensão).

Otimização do ambiente (informação, diminuição de ruído, etc).

Individualização do objetivo da sedação (reverter agitação aguda? Permitir despertar rápido ou avaliação neurológica?).

Escolha do agente.

Avaliação regular do nível de sedação com documentação sistemática.

Titulação diária da dose (diminuição do efeito sedativo prolongado).

Suspensão diária da sedação para avaliação do nível de consciência e menor risco de taquifilaxia. Após a suspensão de sedação e com o "despertar" do usuário, deve-se retornar com 50% da dose prévia a suspensão.

Objetivos: Manter Ramsay 3 / 4

Soluções sedação:

Solução midazolam : diluição 1mg/ml.

Dormonid -20ml (100mg)

SF 0,9% -80ml

Solução Fentanil: 25mcg/ml

Fentanil - 50ml

SF 0,9% -50ml

Propofol: frascos de 50 e 100ml - 20mg/ml

Uso de bloqueador neuromuscular

usar quando o usuário estiver mal acoplado fazendo pico de pressão no ventilador, e já estiver adequadamente sedado (Ramsay de 6). Com a combinação de um analgésico com um hipnótico. (midazolam ou propofol + fentanil)

Pancurônio 0,05-0,1mg/kg/dose ou atracúrio 0,5 - 1mg/kg/dose

usar pavulon nos usuários com broncoespasmo, pois o traquium é liberador de histamina

**Escala de sedação de Ramsay: I -usuário acordado e agitado

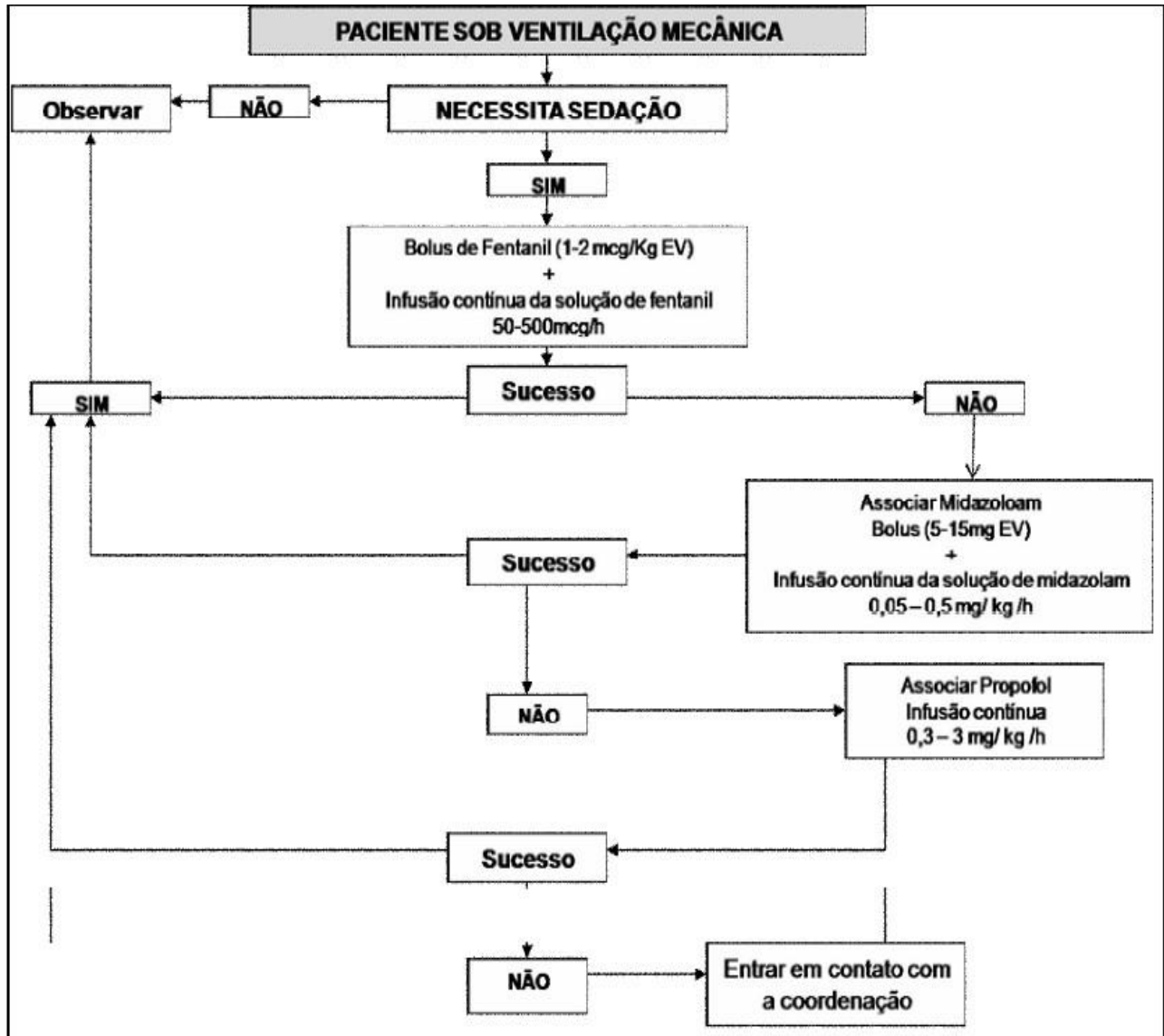
-usuário acordado e colaborativo

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E CULTURAL
CNPJ 11.151.946/0001-75

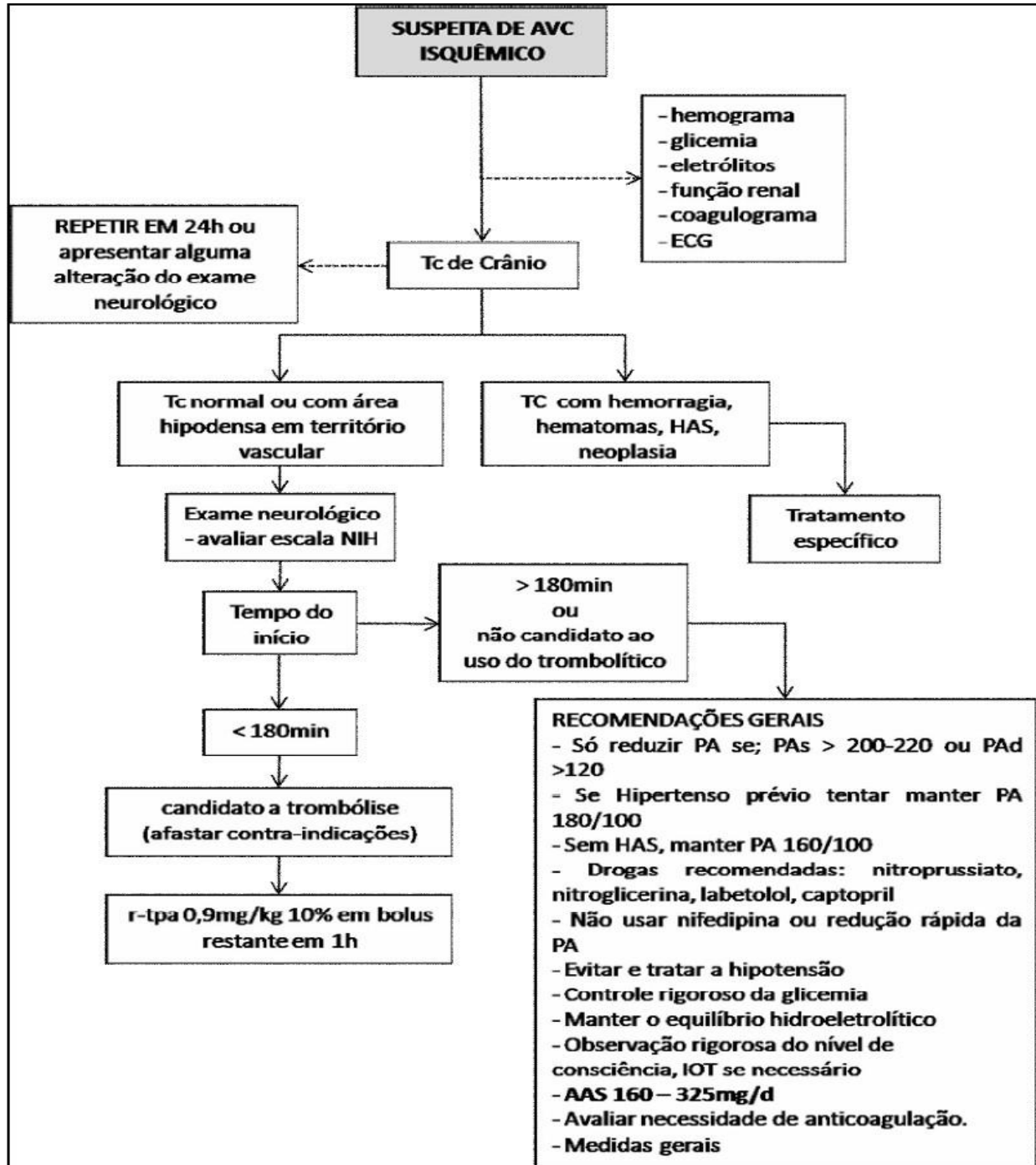
-usuário dormindo, despertável com estímulo verbal IV -usuário dormindo,
despertável com estímulo motor

V -usuário dormindo, despertável com estímulo algico intenso VI -usuário dormindo
sem resposta motora

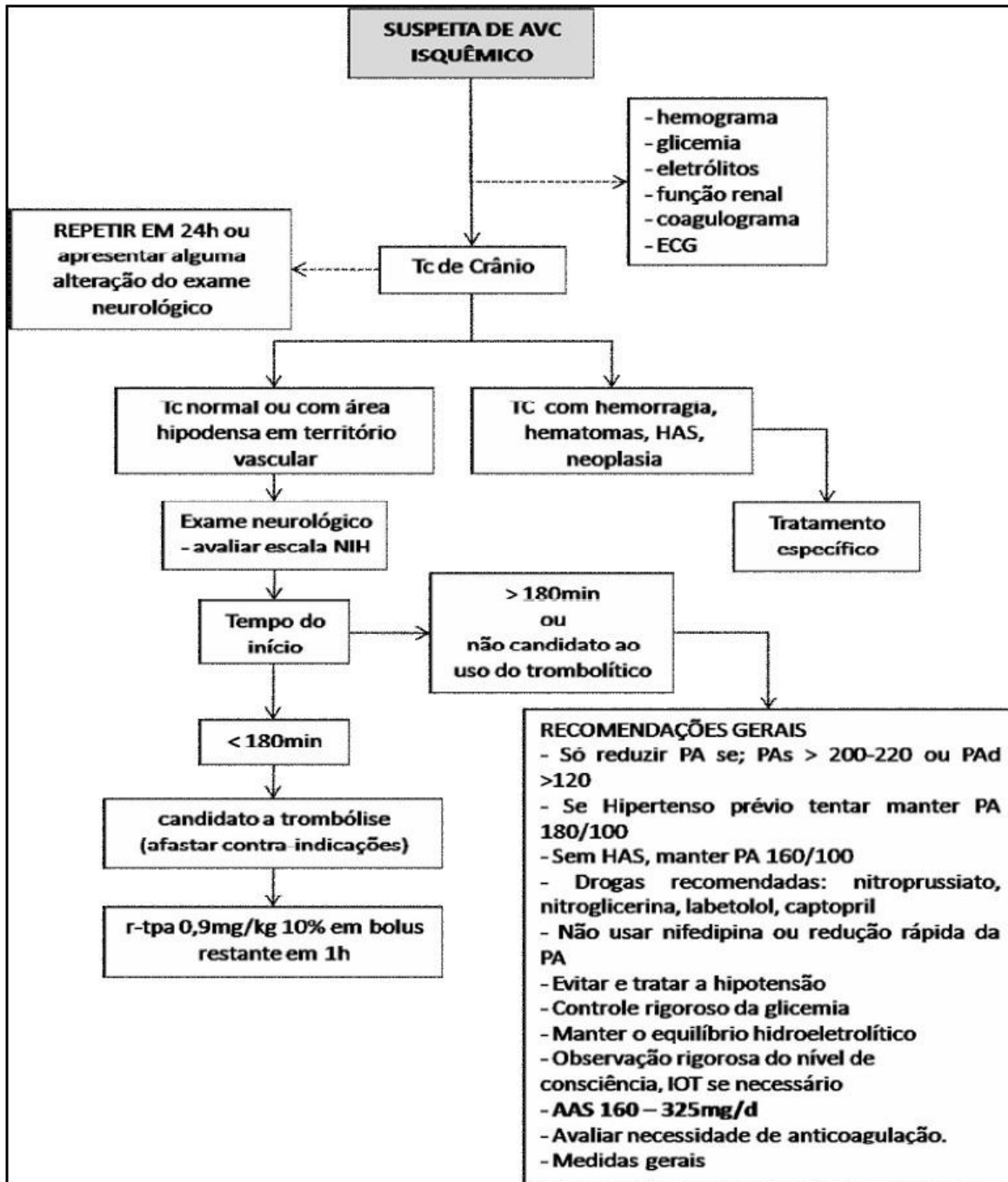




PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DO ACIDENTE VASCULAR ISQUÊMICO



PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO



PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DO DELÍRIO

Conceitos Gerais

História clínica:

Procurar abstinência alcoólica, geralmente precedida por convulsão. Delírio de padrão hiperativo com descarga simpática.

Descartar quadro infeccioso.

Verificar estado cognitivo

Exame físico

Suspender medicamentos psicoativos

Exames: Hemograma, gasometria arterial, eletrólitos, urina I, uréia, creatinina, TAP, TGO, TGP, glicose, RX de tórax e ECG

Causas menos comuns: Hipotireoidismo, hipertireoidismo, encefalite, estado de mal epiléptico.

Fatores de risco para delírio	
Idade > 65 anos	
Uso de 4 ou mais medicamentos	
Lesão neurológica prévia	
Comorbidades clínicas (ICC, DPOC, fratura de fêmur, etc...)	
Infecção	
História de quedas	
Alterações metabólicas e eletrolíticas	
Medicamentos associados com delírio	
Benzodiazepínicos	Antiarrítmicos
Opióides	Antieméticos
Anticolinérgicos	Anti-inflamatórios
Biperideno	Antidepressivos
Anti-histamínicos	Anticonvulsivantes

Tratamento

Tratar a causa

Reduzir estímulos ambientais

Trazer objetos familiares

Orientar o usuário quanto aos equipamentos da UTI

Evitar contenção física

Haldol:

ataque

-Fazer 3-5mg EV de 30 3m 30min até sedação leve

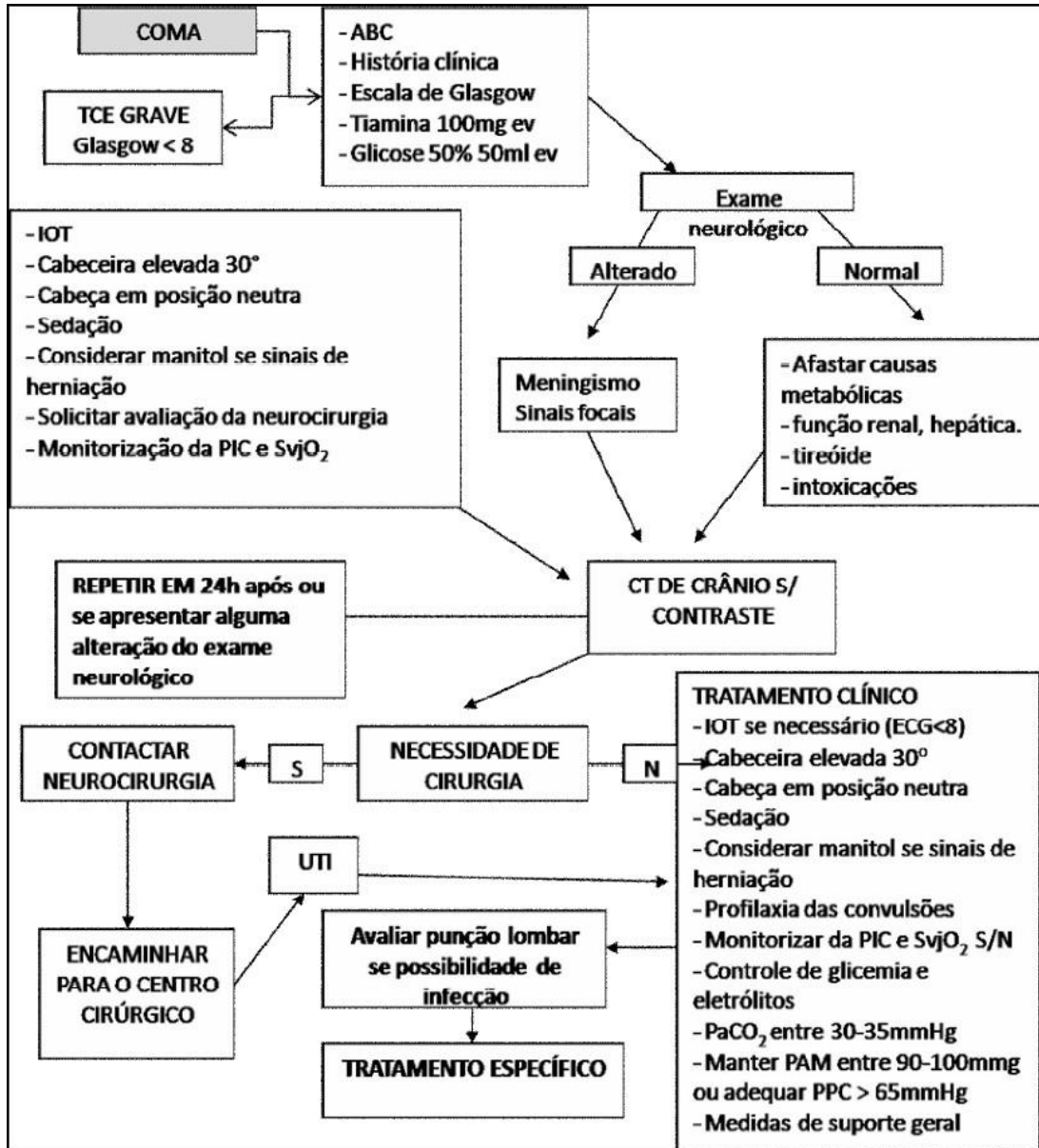
-Em casos mais graves, fazer 10mg EV em bolus e manter 5mg/h, contínuo

manutenção

-Fazer 3-5mg EV de 4/4h à 8/8h



PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DO COMA



SEPSE INFECÇÃO**PROTOCOLO PARA ISOLAMENTO - NORMAS**

Introdução

O objetivo destas normas é prevenir a transmissão de microrganismos ou doenças infecciosas entre usuários, profissionais de saúde e visitantes. Vem de longo tempo a preocupação com a disseminação de doenças infecciosas refletida no surgimento de hospitais específicos para tratamento dessas doenças. Posteriormente, em hospitais gerais surgiram as unidades de "Isolamento". Na década de 70, o Center for Disease Control (CDC) elaborou medidas relacionadas a categorias de isolamentos chegando no ano de 1985, em decorrência da AIDS, na proposta que definia como "Precauções Universais" (PU) os cuidados com sangue e fluídos corpóreos. Em 1987, o CDC propõe um sistema alternativo, chamado de "Isolamento de Substâncias Corpóreas" (BSI -Body Substance Isolation), para proteger o profissional de saúde da transmissão de patógenos pelo sangue e diminuir a transmissão de bactérias multirresistentes no ambiente hospitalar. No início de 1996 o CDC publicou novo documento objetivando simplificar o entendimento e aplicação dos cuidados com transmissão, adotando os termos Precauções Padrão e Precauções baseadas na transmissão.

Precauções Padrão e Medidas de Isolamento

As precauções e medidas abaixo descritas deverão ser aplicadas por médicos, enfermeiras, técnicos ou auxiliares de enfermagem, pessoal do serviço do hospital, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, psicólogas e visitantes.

Precauções padrão

Constitui a síntese dos conceitos anteriores de Precauções Universais e Isolamento de Substâncias Corpóreas (BSI). Define-se como cuidados a serem tomados no trato com todos os usuários, independente do diagnóstico, para evitar a transmissão de microrganismos por sangue, fluídos corporais, secreções e excreções, pele não íntegra e mucosas, durante manipulação e/ou exposição aos

mesmos. Deve ser mantido durante toda a internação. As Precauções Padrão deverão ser mantidas mesmo com a adoção de outra Medida de Precaução.

As medidas a serem tomadas na aplicação das precauções padrão são:

Lavagem das mãos;
Uso de luvas (estéreis e não estéreis e de borracha);
Uso de avental, de tecido, descartável ou impermeável (se necessário);
Uso de máscaras, óculos, protetor facial e botas (se necessário);
Descontaminação, limpeza e desinfecção de artigos contaminados;
Cuidados com materiais perfuro-cortantes;
Cuidados com roupas contaminadas;
Quarto privativo (se necessário).

Os equipamentos de proteção individual (EPI) mencionados deverão ser utilizados de acordo com os riscos de exposição das mãos, mucosas, roupa, etc, de quem cuida.

Precauções baseadas na transmissão

Precauções de contato

É uma categoria de cuidados indicada para usuários colonizados ou infectados por microrganismos causadores de doenças infecto-contagiosas encontrados no sangue, secreções ou excreções, e transmitidos por essas vias de maneira direta ou indireta ou até mesmo pele íntegra como no caso de colonização por microrganismo multirresistente ou de importância epidemiológica. As medidas a serem adotadas são:

Lavagem das mãos;
Uso de luvas em todo o contato com o usuário;
Uso de avental: quando existir risco de contaminação da roupa no contato com o usuário e/ou utensílios e roupas que entraram em contato com o mesmo;
Quarto privativo: indicado para evitar risco de contaminação cruzada entre usuários. Na impossibilidade também pode ser feita restrição ao leito ou enfermaria;
Transporte de usuários o mais restrito possível; Limpeza de artigos e superfícies diariamente;

Equipamentos e artigos de uso exclusivo ou desinfecção dos mesmos antes de utilizá-los em outros usuários;

Manter coletor com saco plástico de cor padronizada, para o descarte de roupas utilizadas no quarto do usuário submetido às precauções.

Precauções respiratórias por gotículas

Esta categoria de cuidados é instituída para prevenir a transmissão de doenças através de via respiratória por gotículas. Nestas doenças as partículas são transportadas por gotículas maiores que 5 microns, que são consideradas pesadas e depositam-se nas superfícies. As medidas de isolamento são as seguintes:

Lavagem das mãos;

Todas as pessoas que tiverem contato com o usuário, à uma distância menor que um metro, deverão utilizar máscara cirúrgica;

Transporte do usuário o mais restrito possível e, quando imprescindível, o usuário deverá usar máscara cirúrgica.

Manter coletor com saco plástico de cor padronizada, para o descarte de roupas utilizadas no quarto do usuário em precauções.

Precauções respiratórias por aerossóis

Esta categoria de cuidados é instituída para a prevenção da transmissão de doenças por via respiratória, através de partículas que transportam microrganismos menores que 5 microns, que por serem consideradas leves, formam aerossóis que ficam suspensos no ar, com grande risco de serem inalados.

Lavagem das mãos;

Quarto privativo: é necessário e deve ser mantido com portas fechadas (o ideal é quarto com pressão negativa, sistema de ventilação com 6 a 12 trocas de ar por hora, saída do ar apropriada ou filtro HEPA);

Máscara N-95: deve ser usada por todas as pessoas ao entrar e durante a permanência no quarto;

Transporte de usuários: restrito e, se absolutamente necessário, colocar máscara cirúrgica no usuário.

Manter coletor com saco plástico de cor padronizada, para o descarte de roupas utilizadas no quarto do usuário em precauções.

Precaução de contato e gotículas

Destina-se a prevenir doenças que são transmitidas por contato direto ou indireto com sangue, secreções ou excreções e ao mesmo tempo por via respiratória por partículas maiores que 5microns, que são consideradas pesadas e se depositam nas superfícies.

Lavagem das mãos;

Uso de luvas em todo o contato com o usuário;

Uso de avental: quando existir risco de contaminação da roupa no contato com o usuário;

Quarto privativo: indicado para evitar risco de contaminação cruzada entre usuários;

Limpeza de artigos e superfícies diariamente;

Equipamentos e artigos de uso exclusivo ou desinfecção dos mesmos;

Manter coletor com saco plástico de cor padronizada, para o descarte de roupas utilizadas no quarto do usuário em precauções.

Máscara cirúrgica: deverá ser usada por todas as pessoas que tiverem contato com o usuário, à uma distância menor que um metro.

Transporte do usuário o mais restrito possível e, quando imprescindível, o usuário deverá usar máscara cirúrgica.

Precaução de contato e respiratória por aerossóis

É instituída na prevenção de doenças transmitidas pelo contato direto ou indireto com sangue, secreções ou excreções e ao mesmo tempo por via respiratória por partículas menores que 5 microns, que formam aerossóis e ficam suspensos no ar.

Lavagem das mãos;

Uso de avental: quando existir risco de contaminação da roupa no contato com o usuário;

Limpeza de artigos e superfícies diariamente;

Equipamentos e artigos de uso exclusivo ou desinfecção dos mesmos;

Manter coletor com saco plástico de cor padronizada, para o descarte de roupas utilizadas no quarto do usuário em precauções.

Quarto privativo: é necessário e deve ser mantido com portas fechadas (o ideal é quarto com pressão negativa, sistema de ventilação com 6 a 12 trocas de ar por hora, saída do ar apropriada ou filtro HEPA);

Máscara N-95, deve ser usado por todas as pessoas ao entrarem e durante a permanência no quarto;

Luvas: devem ser usadas sempre que se tiver contato com o usuário;

Transporte de usuários: restrito e, se absolutamente necessário, colocar máscara cirúrgica no usuário.

Isolamento reverso

Não é mais utilizado, pois o mecanismo de desenvolvimento de infecções em usuários imunodeprimidos se dá por fatores endógenos na maioria das vezes. Porém, deve-se reforçar as Precauções Padrão, com grande ênfase na intensificação da lavagem das mãos e uso do álcool na forma de gel. Não devem ser escalados funcionários com processos infecciosos respiratórios ou de qualquer outra natureza para o atendimento destes usuários, assim como deve-se orientar para que não recebam visitas com processos infecciosos respiratórios.

Instruções gerais

A implantação das precauções baseadas no mecanismo de transmissão deverá ser feita conforme orientação do SCIH/CCIH e do médico assistente ou equipe médica responsável pelo caso, sempre de comum acordo. A notificação das precauções deverá ser feita ao ser detectada a necessidade da sua implantação. Deverão ser avisados a enfermeira de plantão do setor, os serviços de nutrição, hotelaria, enfermagem, fisioterapia, etc. A enfermagem responsável pelo plantão deverá orientar os acompanhantes conforme a categoria de precaução adotada. Caso o Laboratório avise direto no setor sobre a ocorrência de agentes multirresistentes em culturas dos usuários, e não for possível contato imediato com o SCIH/CCIH, a enfermagem poderá colocar o usuário em Medidas de Precauções de Contato até confirmação ou não pelo SCIH/CCIH.

Usuários colonizados por agentes multirresistentes ou de significância clínica ou epidemiológica permanecerão em Precauções de Contato até a alta, ou de acordo com a orientação do SCIH/CCIH. As culturas de vigilância se referem a coletas de secreção nasal, "swab" perianal e, se possível, de material de origem onde cresceu o agente multirresistente. Poderão ser realizadas semanalmente até sua negatificação para o microrganismo em questão.

No caso das Doenças de Notificação Compulsória, a enfermagem e o médico responsável deverão notificar o SCIH para que possa ser efetuada a notificação compulsória ao Centro de Vigilância Epidemiológica.

Nos casos de meningite de qualquer etiologia, deverá ser instituída a Precaução Respiratória por Gotículas até que o resultado parcial do Líquor descarte os agentes etiológicos *Haemophilus influenzae* e *Neisseria meningitidis* (meningococo).

Os EPI's a serem utilizados nos usuários em precauções deverão ficar dentro do quarto, próximos à porta, exceto nas Precauções Respiratórias por Aerossóis, quando ficarão do lado externo, próximo a porta do quarto. Devem ser retirados após utilização, na saída do quarto e desprezados no recipiente de resíduos ou coletor dentro do quarto, que deverá estar próximo à porta.

Auxiliares de limpeza deverão realizar a limpeza do quarto em Precauções Por Transmissão por último e, ao término, dirigir-se ao expurgo, lavar os equipamentos de limpeza e lavar as luvas de borracha, secá-las e passar álcool 70%. Quando for possível, individualizar os equipamentos só para este quarto. Nas Precauções de Contato, especialmente por agentes multirresistentes, utilizar sempre avental.

A máscara ou respirador N95 é de uso individual e pode ser utilizada por até sete dias, desde que obedecidos, rigorosamente, os seguintes critérios: não dobrar para não quebrar as fibras do filtro; não molhar; guardar em saco plástico identificado com nome do usuário; quando totalmente saturado, o respirador N95 causa intensa dificuldade respiratória, devendo ser efetuada sua troca. As orientações sobre a máscara N95 devem ser dadas aos acompanhantes, devendo ser utilizada por todas as pessoas durante todo o período de permanência dentro do quarto.

Aventais não estéreis podem ser utilizados por até seis horas pela mesma pessoa. Caso saia do quarto, retirá-lo e mantê-lo de forma que não haja contaminação da face que entra em contato com o corpo do usuário. Estes deverão ser identificados. Os aventais devem ser de mangas longas com punho e traspassados.

As visitas deverão ser em número restrito, orientadas pelo enfermeiro de plantão e proibindo a entrada de crianças.

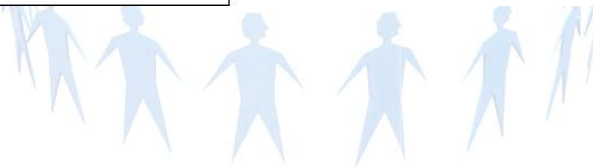
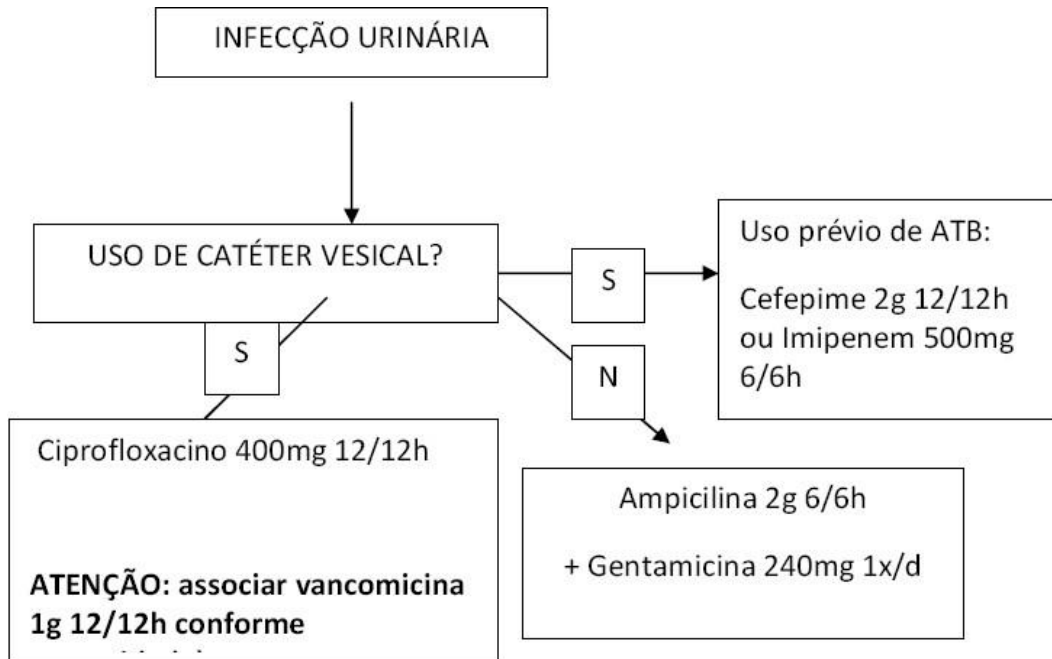
A coleta de roupa suja nos quartos com Precauções por Transmissão devem ser feitas em saco plástico de cor apropriada, que deve ser fechado no quarto, antes de ser transportado para a sala de roupa suja.

A coleta de resíduos dos quartos deverá ser feita em recipientes ou coletores apropriados, fechados e recolhidos em saco plástico branco, caracterizando-os como resíduo infectante.

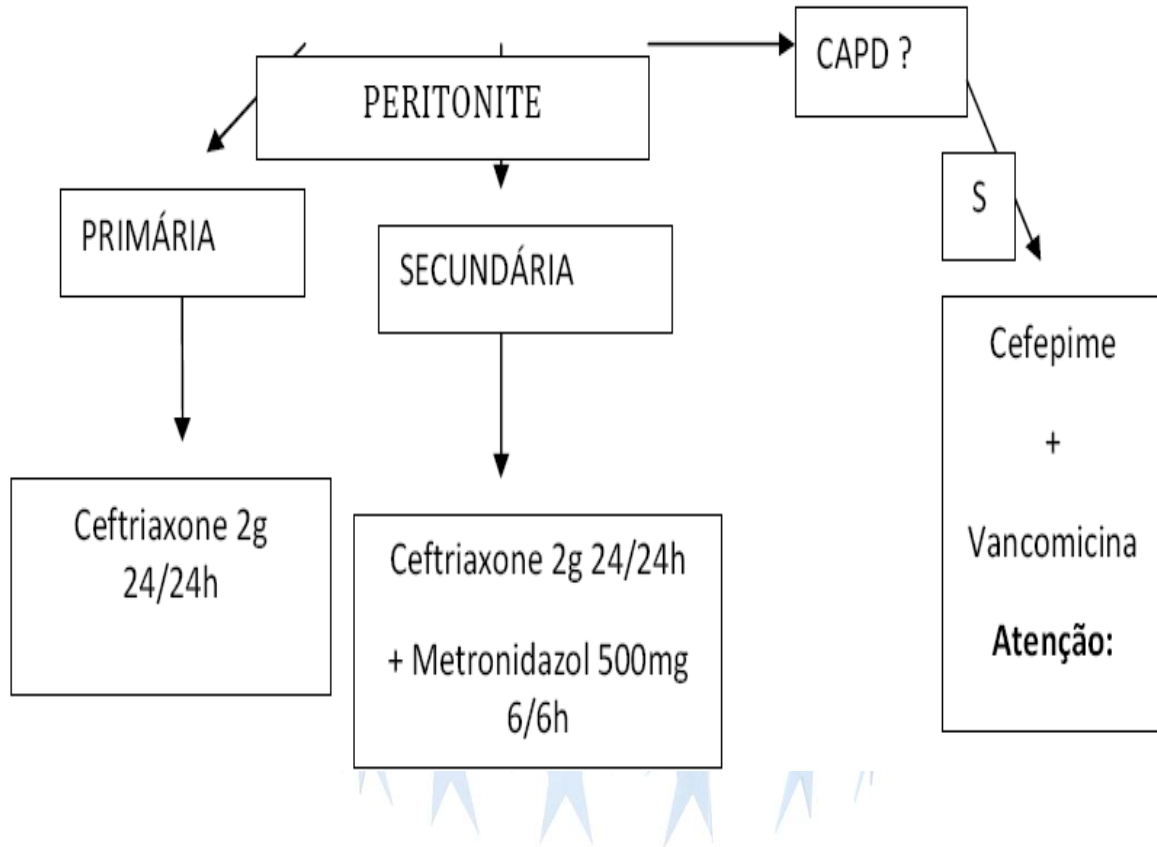
Material da Nutrição: a louça será lavada em máquina com temperatura de 55°C, com detergente, para haver a termo-desinfecção, conforme recomendado pelo CDC. O recolhimento dos utensílios dos quartos em Precaução por Transmissão deverá ser feito por último. Nos quartos submetidos a Precauções Respiratórias por Aerossóis, a entrega e recolhimento de bandejas poderá ser feita pela equipe de enfermagem que já dispõem da máscara N95, não necessitando assim, da entrada da copeira no quarto.

Esfignomanômetros, estetoscópios e termômetros deverão ser de uso exclusivo até término da indicação da Precaução. A desinfecção dos termômetro é feita através da lavagem com água e sabão seguida de aplicação de álcool a 70%. Os estetoscópios são desmontados e desinfetados com álcool a 70%. Os esfignomanômetros são desinfetados com álcool a 70%, sendo que a braçadeira deverá ser encaminhada para lavagem se estiver muito suja.

INFECÇÕES URINÁRIAS TRATAMENTO EMPÍRICO



INFECÇÕES ABDOMINAIS TRATAMENTO EMPÍRICO



INFECÇÕES SISTEMA NERVOSO CENTRAL

